

Universidad de Santiago de Compostela  
Facultad de Medicina y Cirugía  
Departamento de Psiquiatría, Radiología y Salud Pública

---

*Programa de Doctorado Interuniversitario en Neurociencia (Universidad de Santiago de Compostela, Universidad de Vigo, Universidad de A Coruña)*

# **MEDICIÓN DE LOS COSTES INTANGIBLES DE LA DEPENDENCIA ALCOHÓLICA**

---

*Jacinto Mosquera Nogueira*

Tesis defendida para la obtención del Título de Doctor por  
la Universidad de Santiago de Compostela

Directoras:

*Dra. Eva Rodríguez Míguez (Universidad de Vigo)*  
*Dra. Ángeles Lorenzo Lago (Universidad de Santiago de Compostela)*



**Asunto:** Certificado

**Referencia:** Proyecto de tesis doctoral de Jacinto Mosquera Nogueira

Dra. D<sup>a</sup> Eva Rodríguez Míguez, profesora titular del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Vigo, y Dra. D<sup>a</sup> Ángeles Lorenzo Lago, profesora titular del Departamento de Psiquiatría, Radiología y Salud Pública de la Facultad de Medicina y Cirugía de la Universidad de Santiago de Compostela, como directoras de esta tesis doctoral

### **CERTIFICAN**

Que el trabajo titulado “Medición de los costes intangibles de la dependencia alcohólica” que presenta D. Jacinto Mosquera Nogueira para la obtención del grado de Doctor, ha sido realizado bajo nuestra dirección. Revisado el mismo, quedamos conforme con su presentación para ser juzgado como tesis doctoral por el tribunal correspondiente.

En Santiago de Compostela, a 11 de abril de 2013

Fdo.: Eva Rodríguez Míguez

Fdo.: Ángeles Lorenzo Lago





## *Agradecimientos*

A Carmen, la persona más importante de mi vida por muchos motivos y todos ellos muy especiales.

A Marta, Julián e Itziar, las tres personitas que me han proporcionado los momentos más felices.

A mi padre, a quien tanto le hubiera gustado verme conseguir este reto profesional. Y al resto de mi familia, por lo que representan de apoyo.

A mi codirectora Ángeles Lorenzo, que me estimuló para hacer esta tesis y me proporcionó la idea inicial, cuando aún no sabíamos en que aspecto del alcoholismo iba a centrar mi investigación.

A mi codirectora Eva Rodríguez, gracias a la cual pude orientar con éxito esta tesis, me animó a ser ambicioso en su realización, centró mi habitual dispersión y, sin ninguna duda, posibilitó que pudiera moverme con cierta soltura en el mundo de las herramientas econométricas utilizadas.

También merecen especial agradecimiento mis compañeros de la Unidad de alcoholismo de Vigo (Katy, Nuria, Davinia, Carmen y alumnas/os de prácticas), que, además del reclutamiento de las muestras de alcohólicos y familiares, participaron decisivamente en algunas de las tareas de esta tesis.

A todos aquellos compañeros de trabajo del Centro de Salud de Bembrive y del Servicio de Atención Primaria de Sárdoma que se interesaron por esta tesis, apoyaron su realización con su comprensión y estimularon a que pudiera ser finalizada.

A los Doctores José Luis Pinto y José María Abellán por sus valiosas sugerencias en diferentes aspectos metodológicos de esta tesis.

Por último, a las instituciones que proporcionaron apoyo financiero: Consellería de Economía e Industria - Xunta de Galicia (10SEC300038PR), y Ministerio de Ciencia e Innovación (ECO2011-25661).



## INDICE

---

<b>RESUMEN</b>	<b>11</b>
----------------	-----------

### **CAPITULO 1**

<b>Justificación de la tesis</b>	<b>15</b>
----------------------------------	-----------

<b>1.1. Dependencia alcohólica: magnitud del problema</b>	<b>15</b>
Concepto y prevalencia del consumo excesivo de alcohol	15
Costes asociados al consumo excesivo de alcohol	18
<b>1.2. La medición de los costes intangibles</b>	<b>22</b>
Cálculo de utilidades para análisis de coste-utilidad (ACU)	24
Valoración monetaria para el análisis coste-beneficio (ACB)	31
<b>1.3. Objetivos y estructura de la tesis</b>	<b>33</b>

### **CAPÍTULO 2**

<b>Efectos de la dependencia alcohólica sobre la calidad de vida relacionada con la salud: una aplicación del SF-6D</b>	<b>39</b>
---	-----------

<b>2.1. Introducción</b>	<b>39</b>
<b>2.2. Material y métodos</b>	<b>43</b>
Muestras	43
Instrumento de medida de la CVRS utilizado	44
Análisis estadístico	47
<b>2.3. Resultados</b>	<b>48</b>
Descripción de las muestras	48
Media y mediana de las utilidades	50
Efecto de otros factores en la CVRS	50
<b>2.4. Discusión</b>	<b>52</b>

### **CAPITULO 3**

<b>Medición en AVACs del impacto de la dependencia alcohólica y sus dimensiones</b>	<b>57</b>
<b>3.1. Introducción</b>	<b>57</b>
<b>3.2. Material y métodos</b>	<b>61</b>
Identificación de las dimensiones y de los estados de dependencia alcohólica	61
Muestra	64
Método de obtención de las utilidades	64
Cuestionario	69
Análisis estadístico	69
Análisis de validez	71
<b>3.3. Resultados</b>	<b>79</b>
Descripción de las muestras	79
Estimación de utilidades	81
Análisis de validez adicionales	83
<b>3.4. Discusión</b>	<b>92</b>

### **CAPITULO 4**

<b>Estimación de los costes intangibles mediante valoración contingente desde una perspectiva social</b>	<b>97</b>
<b>4.1. Introducción</b>	<b>97</b>
<b>4.2. Material y métodos</b>	<b>100</b>
Muestra	100
Identificación de dimensiones y niveles de la dependencia alcohólica	101
Instrumento de medida y cuestionario	101
Análisis estadístico	103
Análisis de validez	104
<b>4.3. Resultados</b>	<b>106</b>
Descripción de la muestra	106
Medias de la disponibilidad a pagar	107
Contribución de los niveles y dimensiones a la DAP	108
Sesgo de orden	111
<b>4.4. Discusión</b>	<b>111</b>

## **CAPÍTULO 5**

### ***Estimación de los costes intangibles mediante valoración contingente desde la perspectiva de los pacientes y familiares*** \_\_\_\_\_ **113**

#### **5.1. Introducción** \_\_\_\_\_ **113**

#### **5.2. Material y métodos** \_\_\_\_\_ **116**

Muestras \_\_\_\_\_ 116

Método de valoración: Disponibilidad a pagar \_\_\_\_\_ 117

Cuestionario \_\_\_\_\_ 120

Análisis estadístico \_\_\_\_\_ 122

Análisis de validez \_\_\_\_\_ 123

#### **5.3. Resultados** \_\_\_\_\_ **124**

Descripción de las muestras \_\_\_\_\_ 124

Resultados de la DAP \_\_\_\_\_ 127

Determinantes de la DAP \_\_\_\_\_ 128

#### **5.4. Discusión** \_\_\_\_\_ **130**

## **CAPITULO 6**

### ***Conclusiones de la tesis*** \_\_\_\_\_ **137**

#### **6.1. Estimación en AVACs** \_\_\_\_\_ **137**

#### **6.2. Estimación monetaria directa** \_\_\_\_\_ **141**

### ***BIBLIOGRAFÍA*** \_\_\_\_\_ **145**

### ***ANEXOS*** \_\_\_\_\_ **155**

#### **Anexo 1. Esquemas de las muestras y tareas** \_\_\_\_\_ **155**

#### **Anexo 2. Identificación de dimensiones y niveles** \_\_\_\_\_ **157**

Formación de los Grupos focales \_\_\_\_\_ 157

Tareas realizadas \_\_\_\_\_ 158

Resultados \_\_\_\_\_ 158

Identificación de niveles \_\_\_\_\_ 161

#### **Anexo 3. Tarjetas utilizadas en los capítulos 3 y 4** \_\_\_\_\_ **163**

#### **Anexo 4. Cuestionario utilizado en los capítulos 3 y 4** \_\_\_\_\_ **165**

#### **Anexo 5. Hoja de respuestas utilizada en el capítulo 5** \_\_\_\_\_ **176**

#### **Anexo 6. Descripción de las muestras del capítulo 5** \_\_\_\_\_ **182**



# ***RESUMEN***

---

El objetivo global de esta tesis es calcular los costes intangibles de la dependencia alcohólica y, por tanto, los beneficios intangibles derivados de la disminución de su prevalencia y/o su intensidad. Dicha ganancia ha sido valorada tanto en términos de años de vida ajustados por calidad (AVACs), como en unidades monetarias. Por tanto, los resultados de esta tesis proporcionan valoraciones que son susceptibles de ser incorporadas en estudios de evaluación económica, tanto en la modalidad del análisis de coste-utilidad como del análisis coste-beneficio.

En el capítulo 1 se analiza brevemente la magnitud del problema de la dependencia alcohólica y sus costes asociados, haciendo especial hincapié en los costes intangibles de la misma. A continuación, se describen las herramientas de medida que han sido propuestas en la literatura para la estimación de los costes intangibles, dentro del ámbito de la evaluación económica en sanidad. Además, se proporciona una revisión de la literatura existente, con el fin de mostrar el estado actual de la investigación en este tema y, por tanto, identificar las principales aportaciones de esta tesis.

En el capítulo 2 se evalúa el impacto que la dependencia alcohólica produce en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los dependientes y de sus familiares, utilizando como grupo de control una muestra representativa de la población general. Para lograr este objetivo se entrevistaron a tres muestras diferentes: 150 pacientes que sufren dependencia alcohólica, 63 familiares de alcohólicos y 600 personas representativas de la población gallega. Para valorar el estado de salud de los 3 colectivos se utilizó como herramienta el cuestionario SF-6D. Los resultados obtenidos estiman la pérdida media de CVRS derivada de la dependencia alcohólica

en 0.14 AVACs anuales en los dependientes y de 0.085 AVACs en sus familiares cercanos.

En el siguiente capítulo se abordan, además de los efectos sobre la salud, los problemas sociales y familiares que dicha dependencia produce. Para ello se construyen diferentes escenarios de dependencia. Para la estimación de los costes intangibles que dichos escenarios de alcoholismo provocan, se utilizó la técnica de la doble lotería en una muestra de 300 individuos de la población general. Tal como esperábamos, la valoración de la dependencia varía según se presente o no una determinada complicación, y según el nivel de gravedad con el cual ésta se presenta. Así, la pérdida de utilidad generada por los 9 escenarios evaluados varía entre 0.22 y 0.91 AVACs anuales. Como era de esperar, estos valores son significativamente mayores que los obtenidos en el capítulo 1, dado que se están incorporando no solo los efectos sobre la salud, sino también otras consecuencias familiares y sociales

Para complementar la valoración en términos de utilidades de los 9 escenarios evaluados en el capítulo anterior, en el capítulo 4 se ha realizado un estudio de valoración contingente con el fin de estimar los costes intangibles, en términos monetarios. Para dicho análisis, se ha realizado una entrevista a una muestra de 300 personas de la población general, en la cual se le preguntaba su disponibilidad a pagar (DAP) por un tratamiento hipotético para la dependencia alcohólica. La DAP media mensual obtenida es de 123.4 €. Teniendo en cuenta que en este estudio se obtiene la DAP por un tratamiento que garantiza la curación, frente a otro gratuito que tiene una probabilidad de éxito del 80%, podemos extrapolar que la DAP media por un tratamiento curativo es 617 € mensuales. En todo caso, tal y como ocurría en el capítulo anterior, existe una gran variabilidad entre los 9 perfiles de alcohólicos evaluados, lo que se traduce en un rango de valores medios que van de 344 € a 870 € mensuales.



En el capítulo 5, también se aborda la cuantificación en términos monetarios de la pérdida de bienestar que supone la dependencia alcohólica, pero desde la perspectiva de los pacientes y sus familiares. Se entrevistaron personalmente a 145 personas que padecen esta patología y a 61 familiares comprometidos en el tratamiento del sujeto afecto. Se ha obtenido su DAP máxima por un hipotético tratamiento que elimina su dependencia alcohólica, bajo distintos supuestos de probabilidades de éxito. La DAP por un tratamiento con un éxito del 100% es de 167 € mensuales en los propios alcohólicos y de 427 € en los familiares. En el caso de un tratamiento con una probabilidad de éxito del 50% (sin duda, un porcentaje más cercano a la realidad), estas cantidades bajan a 129 € y 307 €, respectivamente.

En el último capítulo de la tesis se describen los principales resultados y conclusiones de la tesis. Se pone especial énfasis en la forma en la cual dichos resultados pueden ser utilizados, tanto en la valoración de los costes intangibles de la dependencia alcohólica, como en su posible aplicación en estudios de valoración económica.



# ***CAPITULO 1***

## ***Justificación de la tesis***

---

### ***1.1. Dependencia alcohólica: magnitud del problema***

#### **Concepto y prevalencia del consumo excesivo de alcohol**

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas representa un importante problema de Salud Pública por su elevada prevalencia y por los múltiples problemas físicos, psíquicos y/o sociales que provoca. Este consumo excesivo puede presentarse básicamente en tres categorías diagnósticas: el consumo de riesgo, el consumo perjudicial o abuso y la dependencia alcohólica (Guardia et al. 2008). El *consumo de riesgo* podemos definirlo como aquel consumo que aún no ha producido problemas pero que sabemos que está estadísticamente relacionado con padecer enfermedades, trastornos mentales y de conducta, lesiones y/o accidentes. Está establecido cuantitativamente como consumo de riesgo un consumo igual o superior a 40 gramos de etanol al día en varones y a 24 gramos en mujeres (Rehm et al. 2004). Este punto de corte es el que concita mayor consenso internacional, aunque podemos encontrar en la literatura otros puntos de corte y otras unidades de medida, como las unidades de bebida estándar (U.B.E.) consumidas por semana (Rodríguez Martos et al. 1999). Según esta medición se considera que existe un consumo de riesgo cuando el sujeto consume 28 UBE o más en el caso de varones y 16 UBE en el caso de las mujeres. También se debe incluir dentro del concepto de consumo de riesgo aquellos consumos de 60 o más gramos de alcohol (6 U.B.E.) por episodio, al menos una vez al mes. Este

tipo de consumo episódico (*binge drinking*) es especialmente habitual en población juvenil. Por último, debemos tener en cuenta que existen sectores de población en los que no se puede hablar de consumos inocuos, como son los jóvenes y las mujeres gestantes (WHO 2005a), y sectores en los que se aconseja que el consumo sea en cantidades menores, como los ancianos o los conductores de vehículos de motor (Royal College of Physicians 2001).

El *consumo perjudicial o abuso de alcohol* se define por la presencia de trastornos relacionados con el consumo de alcohol sin darse todavía una situación de adicción al alcohol (WHO 1992, APA 2000). Estos trastornos pueden hacer referencia, tanto a efectos sobre la salud (física o psicológica) del paciente, como a problemas generados en su entorno.

La *dependencia o adicción al alcohol* es, probablemente, la complicación más grave que puede originar el consumo de alcohol y acumula la mayor parte de los problemas relacionados con el alcohol. Esta entidad nosológica se define por una serie de criterios diagnósticos de tipo cualitativo establecidos por instituciones sanitarias y sociedades científicas. La clasificación internacional de trastornos mentales y de conducta de la OMS, en su 10ª versión (WHO 1992), define la dependencia del alcohol como un grupo de fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos que condicionan que el uso de alcohol sea la principal prioridad para el sujeto. Una característica central es el deseo intenso, percibido en ocasiones como difícilmente superable, de consumir alcohol. La recaída en el consumo después de un período de abstinencia, está asociado a una rápida reaparición de estos fenómenos. También citaremos los criterios diagnósticos recogidos en la 4ª edición revisada del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatras, probablemente los más utilizados (APA 2000). Estos criterios son los síntomas psicoconductuales característicos de la dependencia a sustancias: fenómeno de tolerancia, sintomatología de abstinencia, consumo en mayor cantidad y/o frecuencia de lo previsto, gran cantidad de tiempo dedicado al consumo, deseo

persistente de consumir, reducción de otras actividades y continuar el consumo a pesar de los problemas originados.

Aunque dentro del consumo excesivo de alcohol se han distinguido 3 categorías diagnósticas con el fin de identificar la gravedad de la situación, lo cierto es que no constituyen departamentos estanco. Estas 3 categorías conformarían, junto con el consumo no problemático (es decir, el consumo de alcohol por debajo de los niveles de riesgo) y la situación de abstinencia, un continuum fisiopatológico en el que convergen niveles cuantitativos y cualitativos de consumo, en el cual no siempre resulta fácil diferenciar las distintas categorías. Dado que el objetivo de esta tesis es medir los efectos intangibles del consumo del alcohol, la dificultad que supone establecer los umbrales a partir de los cuales se establecen las diferentes categorías, no es especialmente problemática. Obviamente, la situación de dependencia alcohólica es la que concentra la mayor parte de los problemas relacionados con el alcohol y, por tanto, la mayoría de los escenarios evaluados en esta tesis corresponden a esa categoría. Ahora bien, dada la metodología utilizada, nuestros resultados podrían ser aplicados a otros escenarios que, estrictamente hablando, no podrían ser catalogados como de dependencia alcohólica.

Con respecto a la prevalencia del consumo de alcohol (Rehm et al. 2004, WHO 2005b), aunque su uso está extendido por prácticamente todo el mundo, varía entre las distintas zonas. Esta variabilidad depende fundamentalmente de factores socioculturales y económicos. En cuanto a los factores socioculturales, cabe destacar que mientras en muchas regiones el alcohol forma parte tradicionalmente de la gastronomía, del ocio y de cualquier tipo de celebración (por ejemplo, Europa), en otras regiones dicho consumo está penalizado (por ejemplo, en los países con población musulmana). En cuanto a los factores económicos, es destacable que aquellas regiones con una mayor prevalencia de consumo excesivo coinciden con las zonas productoras, hecho que le da una dimensión económica que tenemos que tener en cuenta. El alto nivel recaudatorio que proporciona la industria alcohólica a los

Estados y los empleos que genera, tanto en la producción como en la distribución y dispensación (Babor et al. 2003), convierten al sector en un potente *lobby* que presiona a los Gobiernos para evitar medidas de intervención con el objetivo de reducir el consumo. Este tipo de actuaciones se han puesto de manifiesto en la Estrategia Mundial para reducir el uso nocivo de alcohol, difundida por la OMS, donde se señala claramente que los políticos deben asumir el reto de priorizar adecuadamente la promoción y protección de la salud de la población, frente a otros intereses u objetivos (WHO 2010).

Por las razones que hemos visto, el porcentaje de consumidores excesivos en el mundo es muy variable. El continente europeo presenta las cifras más elevadas, con un consumo excesivo medio del 15% (WHO 2004). Sin embargo, la distribución de este consumo no es homogénea, presentando los países del este europeo la mayor prevalencia, seguidos por los países del sur. Por el contrario, los países del Próximo Oriente son los que presentan unas tasas de prevalencia más reducidas (cerca del cero), seguidos del Sudeste asiático (con tasas inferiores al 1%), los países andinos como Perú y Ecuador (con tasas alrededor del 1,5%) y los países del África subsahariana (con tasas del 1,7%). La situación en España es similar a la de la media del continente europeo. Es importante destacar que en España confluyen en esta elevada prevalencia, tanto las razones socioculturales como las económicas. España es un importante país productor (con una producción bastante uniformemente distribuida en todo el territorio español), con una importante capacidad exportadora que ha permitido un cierto progreso a nivel rural (Antoñanzas 2008). Por lo tanto, es un consumo con gran apoyo social e industrial, que incluso provocó en el año 2007 la retirada de un proyecto de ley que pretendía un mayor control del sector y la dimisión de la ministra impulsora del mismo (Villalbí et al 2008).

### **Costes asociados al consumo excesivo de alcohol**

La problemática asociada al consumo de alcohol tiene una gran relevancia e impacto,

tanto en la salud del propio consumidor como en su familia y en su entorno (Leontaridi 2003, Anderson y Baumberg 2006, Laslett et al. 2010). Estas consecuencias del consumo excesivo de alcohol tienen unos costes asociados que es preciso tener en cuenta en su totalidad para poder determinar el impacto real de los trastornos por consumo excesivo de alcohol y, por tanto, para poder medir correctamente el beneficio de cualquier intervención pública destinada a reducirlo o evitarlo.

En la Tabla 1.1 se muestran los principales costes asociados al consumo excesivo de alcohol. Para facilitar su presentación, se han dividido teniendo en cuenta si repercuten en el consumidor o en su entorno (costes individuales o sociales), y si tienen o no un valor monetario de mercado (costes tangibles e intangibles). Los costes tangibles, a su vez, se han clasificado en costes directos e indirectos.

Los *costes tangibles directos* hacen referencia a los recursos gastados para paliar los efectos de este consumo excesivo. Se identifican principalmente con los costes asociados a la atención sociosanitaria del propio consumidor. Estos costes se pueden estimar a partir del cálculo de la carga de enfermedad atendida atribuible al alcohol (Johansson et al 2006). Dentro de esta atención sanitaria se incluye, tanto la atención a las enfermedades físicas como a las enfermedades psíquicas relacionadas con el alcohol. En cuanto a enfermedades físicas, el alcohol es el tercer factor de riesgo individual para enfermar, después del tabaco y la hipertensión (WHO 2002) y la segunda causa mundial generadora de años de vida con discapacidad en varones, después de los trastornos depresivos (WHO 2008). Dentro de las enfermedades que se relacionan con el consumo de alcohol, podemos citar hasta 60 patologías distintas (Room et al. 2005). Las más prevalentes son las enfermedades digestivas (como la cirrosis alcohólica), las enfermedades neoplásicas digestivas y respiratorias, las enfermedades cardiovasculares (como la miocardiopatía alcohólica o la isquemia coronaria), y las lesiones en relación con los accidentes de tráfico. Con respecto a las enfermedades psíquicas, son frecuentes las intoxicaciones alcohólicas agudas, los

síndromes de abstinencia alcohólica y los delirium, además de todos aquellos trastornos de conducta que suelen acompañar a la dependencia alcohólica. En los países como España que tienen un Sistema Nacional de Salud, los costes derivados de la atención sanitaria son mayoritariamente soportados por la sociedad. Únicamente podemos incluir como costes individuales, aspectos marginales como el copago farmacéutico, los traslados a consultas, etc.

**Tabla 1.1. Costes asociados a la dependencia alcohólica**

	<b>COSTES INDIVIDUALES</b> (para el propio alcohólico)	<b>COSTES SOCIALES</b> (para la sociedad)
<b>COSTES DIRECTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Costes sanitarios no cubiertos por el Sistema Nacional de Salud o por Mutuas</li> <li>⤴ Costes por déficits sociales no cubiertos por los Servicios Sociales</li> <li>⤴ Costes por delitos (multas, indemnizaciones).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Costes sanitarios a cargo del Sistema Nacional de Salud o por Mutuas.</li> <li>⤴ Costes por déficits sociales atendidos por los S. Sociales.</li> <li>⤴ Costes por la atención a víctimas de delitos</li> <li>⤴ Costes en prevención e investigación.</li> </ul>
<b>COSTES INDIRECTOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Pérdida productividad (pérdida de ingresos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Pérdida productividad (absentismo, bajas laborales, subsidios de desempleo, jubilación por invalidez)</li> </ul>
<b>COSTES INTANGIBLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Dolor y sufrimiento</li> <li>⤴ Pérdida de vida saludable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>⤴ Dolor, sufrimiento y pérdida de vida saludable de familiares y allegados</li> <li>⤴ Dolor, sufrimiento y pérdida de vida saludable en víctimas de delitos.</li> </ul>



Con respecto a costes por déficits sociales derivados del problema de alcohol, tenemos que incluir aquí los costes que para el individuo y para los Servicios Sociales, tienen las consecuencias del alcoholismo como la pérdida de vivienda, la pérdida de red social, la exclusión social, etc. También son costes tangibles directos los costes generados por los delitos cometidos bajo los efectos del alcohol. Estos delitos pueden ser accidentes de tráfico relacionados con el consumo de alcohol, lesiones u homicidios por conducta agresiva en la calle o en el entorno familiar, etc. Los costes que generan pueden ser asumidos por la sociedad (Mutuas de accidentes, Servicio Nacional de Salud) pero también pueden tener un elevado coste individual (multas, indemnizaciones, etc.).

Los *costes tangibles indirectos* hacen referencia, principalmente, a la pérdida de recursos que se produce como consecuencia de la reducción en la participación en el mercado de trabajo y/o en la productividad de los trabajadores con problemas de alcohol (Petersen et al. 2005). Afectan tanto a nivel individual (pérdida de parte o de la totalidad de los ingresos) como a la sociedad (costes del absentismo laboral, pagos de incapacidades temporales o de invalidez, subsidios de desempleo, etc.).

Los *costes intangibles* (también denominados costes no financieros) son aquellos costes que no tienen un valor de mercado. Incluimos dentro de este apartado la pérdida de vida saludable y el dolor y sufrimiento padecidos por el consumidor de alcohol, sus familiares y las víctimas de sus delitos. De estos costes intangibles hablaremos en el siguiente epígrafe y su estimación es el objetivo de esta tesis.

Las consecuencias o costes tangibles del consumo excesivo de alcohol han sido abundantemente evaluados en la literatura, tanto a nivel nacional como supranacionales (Scottish Government 2008 en Escocia, Collins y Lapsley 2008 en Australia, Anderson y Baumberg 2006 en Europa, Scandurra et al. 2011 en España, Leontaridi 2003 en Reino Unido). Para proporcionar algunas cifras que orienten acerca de la importancia de estos costes, utilizaremos el informe que Anderson y

Baumberg realizaron para la UE, referido a los costes de 2003, a partir de la revisión de la literatura existente (Anderson y Baumberg 2006). Según los resultados de este informe los costes tangibles directos supusieron una media de 66 billones de euros anuales, dentro de un rango de 40 y 118 euros. Estos costes provenían de los cuidados de salud provocados por las enfermedades relacionadas con el alcohol (17 millones), de los gastos por tratamiento y prevención del consumo excesivo (5 billones) y de los costes por delitos (43 billones). Los costes tangibles indirectos sumaron 59 billones, dentro de un rango de 39 y 102 euros. Por lo tanto, atendiendo a las estimaciones medias, los costes tangibles por el alcohol suman 125 billones. En cuanto a los costes intangibles, este informe ha podido incluir escasos trabajos que los calculan. Estos estudios se refieren a aspectos parciales de estos costes (como son por ejemplo, los costes por el sufrimiento de las víctimas de delitos relacionados con el consumo de alcohol), la mayoría de estos costes referidos a la pérdida de vida saludable. Sin embargo, a pesar de abordar aspectos parciales, el valor estimado de los costes intangibles (270 billones de euros) representa 2/3 de los costes totales, lo que explica el interés por mejorar su estimación en las evaluaciones económicas.

## ***1.2. La medición de los costes intangibles***

Al estimar los costes asociados al consumo de alcohol, se tiende a tener en cuenta únicamente los costes tangibles, es decir, los costes directos o indirectos. La principal razón de la escasa atención que se ha prestado a los costes intangibles, los cuales ni siquiera son mencionados en un reciente informe sobre costes del alcoholismo en nuestro país (Scandurra et al. 2011), es la dificultad de asignarles un valor (García-Sempere y Portella, 2002). Pero, como advierte Baumberg (2006), los costes exactos es una materia a debate que necesita investigaciones que tengan en cuenta los costes intangibles del problema (sufrimiento, duelo, pérdida de calidad de vida, ansiedad, depresión...) para los propios sujetos, para sus familiares o allegados y, en general,

para el entorno social. Por tanto, si queremos obtener una valoración integral de los costes asociados al alcohol y, consecuentemente, una mejor estimación de los beneficios de los programas destinados a su prevención o tratamiento, es imprescindible estimar dichos costes intangibles, lo cual contribuirá a la toma de decisiones basadas en criterios de eficiencia.

En el ámbito de la evaluación económica en sanidad ha habido importantes avances metodológicos a la hora de medir los beneficios intangibles asociados a cualquier programa sanitario, que serán de gran interés para lograr los objetivos de esta tesis. Debe tenerse en cuenta que la evaluación económica en sanidad tiene como objetivo la asignación eficiente de los recursos sanitarios, teniendo en cuenta, por tanto, que si se asignan a una determinada intervención, se dejan de asignar a otras posibles alternativas (es lo que se denomina coste de oportunidad). Dado que el principal beneficio de las intervenciones sanitarias es un beneficio intangible (incrementos de la esperanza de vida y de la calidad de vida) las técnicas de valoración que se han desarrollado en este ámbito pueden ser de gran utilidad para la medición de los efectos intangibles del consumo excesivo del alcohol.

En esta tesis se medirán los costes intangibles de la dependencia alcohólica utilizando técnicas de valoración ampliamente utilizadas en el ámbito de la evaluación económica. Aunque utilizaremos aquellas que consideramos más adecuadas para el objetivo de esta tesis, hablaremos brevemente de las diferentes modalidades de la evaluación económica con el fin de contextualizar la metodología aplicada. Dentro del ámbito de la evaluación económica existen 3 modalidades de evaluación que se diferencian por el modo de medir el beneficio obtenido: El análisis coste efectividad (ACE), el análisis coste utilidad (ACU) y el análisis coste beneficio (ACB). El ACE mide el beneficio obtenido en las unidades naturales más apropiadas para lo que estamos midiendo (vidas salvadas, casos detectados, etc.). Por ejemplo, en el caso del tratamiento de la dependencia alcohólica, se podría medir el número de pacientes que logran la abstinencia, el número de días que no consumen o el número de unidades de

bebida que han reducido. Aunque ha sido un método ampliamente utilizado para la evaluación económica en el ámbito de las dependencias en general (por ejemplo en Zarkin y Hubbard, 1998) y para el alcoholismo en particular (destacando el metanálisis de Barbosa et al. 2010), consideramos que no es el tipo de análisis más adecuado, siguiendo las recomendaciones ampliamente aceptadas en el ámbito de la evaluación económica (Drummond et al. 2005). Pensemos en el caso de las intervenciones sobre el consumo de alcohol. Si medimos los resultados de una determinada intervención en función de la reducción del consumo o en pacientes que han dejado de padecer dependencia, ¿cuánta mejora de calidad de vida se ha producido como resultado de esa intervención?, ¿Cómo podremos comparar ese beneficio con el de otras alternativas de gasto destinadas a otro tipo de patologías?, ¿Debemos intensificar más el gasto en los programas destinados a la reducción del consumo de alcohol o a la reducción del consumo de tabaco? El ACE no nos permite dar respuesta a este tipo de preguntas. Para ello necesitamos realizar estudios de ACU o de ACB. Ambos tipos de análisis permiten medir los beneficios de cualquier programa sanitario en una única unidad de medida, lo que permite comparar programas con objetivos muy diversos y con beneficios de muy distinta naturaleza. En esta tesis se cuantifican los efectos intangibles de la dependencia alcohólica aplicando, tanto las medidas de resultado utilizadas en el ACU (años de vida ajustados por calidad) como las aplicadas en el ACB (unidades monetarias). A continuación describiremos brevemente ambos tipos de análisis (una amplia descripción de estos métodos se puede consultar en Drummond 2005). Además, mostraremos el estado de la cuestión sobre la aplicación del ACU y del ACB en la medición de los efectos del alcohol, con el fin de mostrar de forma clara la aportación de esta tesis a la literatura científica.

### **Cálculo de utilidades para análisis de coste-utilidad (ACU)**

La calidad de vida es un concepto relacionado con el bienestar social y la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos. Dentro de este concepto ocupan un

lugar destacado aquellos aspectos vinculados a la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que hace referencia a aquellos aspectos de la calidad de vida que están más relacionados con la salud, física y psicológica, de los individuos. Existe en la actualidad un consenso general sobre la importancia de la CVRS a la hora de analizar, tanto los efectos de una determinada enfermedad, como los beneficios de su tratamiento. Desde un punto de vista global, su importancia se ha desarrollado de forma paralela a cambios relevantes en la medicina, al cambiar el paradigma desde la atención a las enfermedades agudas e infecciosas (donde los tratamientos están perfectamente establecidos) a la atención de las enfermedades crónicas, en las que debemos respetar la autonomía del paciente y sus intereses subjetivos. Es por esto que debemos tenerla en cuenta en todos aquellos aspectos de la gestión sanitaria que tienen que ver con el individuo: nuevas tecnologías, priorización de técnicas, tratamientos invasivos, etc. Por ejemplo, si existe una posibilidad de tratamiento que alarga la vida en tiempo, pero a costa de efectos secundarios relevantes, puede ser que el sujeto no la contemple positivamente.

La medición de la CVRS tiene como objetivo representar cuantitativamente el estado de salud de un sujeto en sus diferentes dimensiones (funcionamiento físico, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc.). Ahora bien, no todos los indicadores que cuantifican la CVRS son válidos para la evaluación económica. Necesitamos que estos indicadores verifiquen una serie de propiedades (ver Pinto et al. 2003 para una sencilla explicación de estas propiedades), de tal forma que permitan comparar la calidad de vida de diferentes patologías y las mejoras de salud derivadas de cualquier programa o tratamiento sanitario. Además, sería deseable que dichos indicadores fuesen obtenidos a partir de las preferencias de la sociedad (Drummond 2005). Es importante señalar que, atendiendo a estos requisitos, las medidas tradicionalmente utilizadas por los clínicos no suelen ser apropiadas para su aplicación en el ámbito económico. Así, por ejemplo, el SF-36, ampliamente utilizados en el ámbito clínico, no es una herramienta válida para la evaluación económica y, por tanto, para la asignación eficiente de los

recursos en sanidad. Centrándonos en el tema del alcohol, existe una variante del SF-36 específica para la población alcohólica, de tan solo 9 ítems, denominado ALQol 9 (Malet et al. 2006) que tampoco sería válida para la evaluación económica.

Dentro del ámbito de la evaluación económica, concretamente en los estudios de ACU, la medida de salud que ha experimentado mayor desarrollo, tanto teórico como empírico, es el *año de vida ajustado por calidad* (AVAC). Su gran ventaja es que combina en un simple índice las dos dimensiones más importantes de la salud, esto es, calidad y cantidad de vida. Así, los años de vida son ponderados en función de la calidad de vida que se experimenta, donde una ponderación de 1 equivale a buena salud y 0 a muerte. Siguiendo esta metodología, la ganancia de salud de un determinado programa sanitario se realiza en función del número de AVACs que proporciona. Por tanto, para el cálculo de los AVACs es clave disponer de una medida de CVRS (índice de utilidad) cuyas propiedades permitan su aplicación en el ámbito de la evaluación económica.

En la literatura económica se han desarrollado diferentes métodos, directos e indirectos, para obtener los índices de utilidad necesarios para el cálculo de los AVACS (Drummond 2005). Los métodos directos miden la calidad de vida asociada a una determinada situación describiendo directamente dicha situación y procediendo a su valoración. Los tres métodos más conocidos son la *escala visual analógica*, la *compensación temporal* y la *lotería estándar*. En la escala visual analógica la medición de la calidad de vida se obtiene pidiéndole al participante que sitúe el estado de salud a evaluar en una escala entre 0 (peor situación posible) y 100 (buena salud), procediéndose a continuación a reescalar los valores obtenidos de tal forma que 0 corresponda a muerte y 1 a buena salud. En el método de la compensación temporal se mide la CVRS de una situación en función de la cantidad de vida que el sujeto está dispuesto a perder para mejorar, o recuperar totalmente, su salud. En la lotería estándar el valor de un estado de salud se obtiene a partir del riesgo, generalmente de muerte, que una persona está dispuesto a asumir para evitarlo. El intercambio temporal y la

lotería estándar son los métodos que poseen mejores propiedades (Drummond 2005) y son los recomendados por la mayoría de las agencias de evaluación, entre las que destaca el NICE (<http://www.nice.org.uk>). Además, con el fin de incorporar aspectos relacionados con la equidad, han surgido otros métodos entre los que destaca el intercambio personal (IP). El IP mide el valor relativo de un estado de salud con respecto a otro, a partir del número de personas que sería equivalente curar en el primer caso con respecto al segundo.

Los métodos indirectos no valoran un estado de salud directamente sino que la valoración de cualquier estado de salud se hace recurriendo a algunos de los sistemas de clasificación multiatributo existentes. Esto es, se considera que cualquier estado de salud se puede describir como una combinación de atributos (dolor, movilidad, etc.), cada uno de los cuales puede presentar distintos niveles de gravedad. Una vez descrito el estado de salud en función de estos atributos, su valoración se hace aplicando los pesos de los niveles que los definen, que previamente han sido obtenidos en la literatura a partir de los métodos directos de valoración ya mencionados.

Dentro de los métodos indirectos, existen diferentes instrumentos que miden la CVRS, mediante el cálculo de los AVACs: EQ-5D (EuroQol Group 1990, Essink-Bot et al., 1993), SF-6D (Brazier et al., 2002), HUI (Furlong et al., 2001), 15-D (Sintonen 1994), etc. Estos indicadores asignan valoraciones a los diferentes niveles que pueden tomar las dimensiones, en base a las preferencias manifestadas por la sociedad. Dadas las técnicas de valoración utilizadas (principalmente, intercambio temporal o lotería normalizada) se considera que dichos instrumentos producen estimaciones que cumplen los requisitos mínimos necesarios para su utilización en la evaluación económica. Destacan por su amplia utilización el EQ-5D y el SF-6D. El EQ-5D (EuroQol Group 1990), consta de 5 atributos (movilidad, autocuidado, actividad de la vida diaria, dolor y ansiedad/depresión) con 3 niveles cada uno (aunque actualmente se está estimando un nuevo descriptor con 5 niveles), que permiten 243 combinaciones distintas de estados de salud. Tras pasar el cuestionario, se le asignan

los baremos poblacionales previamente calculados, generalmente mediante la técnica de compensación temporal. En Badía et al. (2001) se puede obtener estos valores, estimados para la población española. Por su parte, el SF-6D (Brazier et al. 2002) incluye 6 atributos con diferentes niveles y puede representar hasta 18.000 combinaciones posibles. El cálculo de los baremos poblacionales preexistentes, esto es, el cálculo de los pesos de cada uno de los niveles de los atributos, suele realizarse mediante el método directo de la lotería. En España contamos con un baremo estimado por Abellán et al. (2012) a partir de las preferencias de la población murciana. Una ventaja del SF-6D es que se puede derivar del cuestionario de calidad de vida genérico SF-36 (Ware et al. 1993), ampliamente utilizado por los clínicos. Es decir, aunque las valoraciones obtenidas del SF-36 no son válidas para su utilización en la evaluación económica, existe un algoritmo que permite derivar los pesos de utilidad necesarios para el cálculo de los AVACs, a partir de este cuestionario (Brazier y Roberts 2004), tal y como hacemos nosotros en el capítulo 2 de esta tesis.

De la revisión bibliográfica realizada, destacamos 5 estudios primarios que estiman la CVRS o índices de utilidad en sujetos con problemas de alcohol (ver tabla 1.2). El estudio del Grupo holandés (Stouhard et al 2000) estimó la CVRS asociada a 52 enfermedades. Utilizó un panel de 38 expertos (fundamentalmente médicos con amplia experiencia) para valorar la CVRS de 16 enfermedades mediante el método de la compensación personal. Una vez realizada esta valoración inicial se les pidió que interpolaran el resto de enfermedades, entre ellas el consumo de riesgo, la dependencia alcohólica manifiesta y la dependencia con trastornos psicoorgánicos graves. Los índices de utilidad fueron 0.89 para el consumo de riesgo, 0.45 para la dependencia alcohólica y 0.17 para la dependencia grave (en una escala donde 0 corresponde a muerte y 1 a buena salud). La principal limitación de este estudio, en nuestra opinión, tiene que ver con que las patologías relacionadas con el alcohol no han sido directamente evaluadas, sino interpoladas. Además, las preferencias obtenidas no son verdaderamente declaradas por población general, sino por expertos.



**Tabla 1.2. Estudios de coste-utilidad de los problemas de alcohol**

	Población de estudio (n)	Método de cálculo	Escenario a valorar*	Resultados (índices de utilidad)
<b>Stouhard et al. (2000)</b>	Médicos holandeses (38)	CP	Consumo de riesgo Dependencia Dependencia grave	0,89 0,45 0,17
<b>Sanderson et al. (2004)</b>	Médicos (43)	EVA-CT	Dependencia en remisión Pocos síntomas Algunos síntomas Muchos síntomas	0,884-0,980 0,679-0,922 0,533-0,825 0,334-0,666
<b>Kraemer et al. (2005)</b>	Población atendida en AP (100) y población universitaria (100) ambas en USA	EVA-CT-LS	No consumo Consumo moderado Consumo de riesgo Abuso Dependencia Ex/dependencia	0,94-0,97-0,93 0,85-0,94-0,88 0,72-0,84-0,82 0,52-0,72-0,75 0,36-0,54-0,67 0,71-0,86-0,83
<b>Saarni et al. (2007)</b>	Población general finesa (8028)	EQ5D-15D	Población general Dependencia pura Dependencia comórbida	0,835-0,91 0,866-0,915 0,829-0,893
<b>Petrie et al. (2008)</b>	Población rural australiana (3017)	EQ5D	Abstinentes (sin/con problemas previos) Bajo riesgo (sin/con problemas previos) Riesgo intermedio/alto Muy alto riesgo	0,868/0,727 0,895/0,814 0,883 0,757

CP: compensación personal; EVA: escala visual analógica; CT: compensación temporal; LS: lotería estándar.\*En los tres primeros estudios la muestra valora escenarios hipotéticos y en los dos últimos se valora el estado de salud de la muestra de población general que se encuentra en el escenario evaluado.

Los resultados de este estudio fueron utilizados en 2 importantes evaluaciones económicas de coste-utilidad. En primer lugar, debemos citar el publicado por la OMS en 2004 (Chisholm et al. 2004). En este estudio se realizó un cálculo a escala mundial del coste-efectividad de las distintas intervenciones en alcohol, tanto preventivas (aumentar el nivel impositivo de las bebidas alcohólicas, publicidad, restricciones de

ventas), como sanitarias (intervenciones breves proporcionadas por los médicos generales). El análisis realizado permitió comparar los resultados con la opción de “no intervención” y los resultados de las distintas intervenciones entre sí. En segundo lugar, fueron utilizados en un metanálisis (Mortimer y Segal 2005), en que se compararon diferentes intervenciones para tratar los problemas de alcohol (intervenciones breves en Atención Primaria, programas psicológicos orientados a la moderación y tratamientos con naltrexona).

En el estudio de Sanderson et al. (2004) se estimaron las utilidades de la dependencia alcohólica mediante el método de la compensación temporal y una variante de la escala visual analógica. En este estudio evaluaron distintos grados de intensidad de la dependencia, en base a la gravedad de la sintomatología (ver tabla 1.2). Al igual que en el estudio de Stouhard et al. (2000), no se extrajeron las preferencias de la población general sino que dichas valoraciones fueron obtenidas a partir de una pequeña muestra de 43 médicos. Los datos de este estudio fueron utilizados en un trabajo realizado en Australia (Corry et al. 2004), que comparó dos opciones de tratamiento (el tratamiento estándar actual y un tratamiento hipotético óptimo siguiendo las recomendaciones basadas en la evidencia en el momento del estudio).

En el estudio estadounidense de Kraemer et al. (2005) se estimaron las utilidades para seis situaciones relacionadas con el consumo de alcohol, donde una de ellas correspondía a la situación de dependencia. Como herramienta de medida utilizaron 3 técnicas: escala visual analógica, compensación temporal y lotería estándar, lo que permitió adicionalmente un análisis comparativo de las mismas. Reclutó una muestra de 100 sujetos de la sala de espera de un Centro de Salud de Boston y otra de 100 sujetos de una comunidad universitaria de Pittsburg. Estos resultados han sido utilizados para el cálculo de AVACs en un estudio sueco (Jarl et al. 2008) en sujetos con dependencia alcohólica. La principal limitación de este trabajo es que solo analiza un escenario de dependencia alcohólica lo que impide recoger la gran heterogeneidad de este colectivo.

Los estudios de Saarni et al. (2007) y Petrie et al. (2008) son metodológicamente similares entre sí, pero claramente diferenciados de los anteriores. En estos trabajos se aplican métodos indirectos de valoración. Así la CVRS no se estima directamente sino que utilizan los pesos ya estimados en la literatura. Su objetivo no es obtener las valoraciones de los distintos escenarios presentándole al participante diferentes situaciones hipotéticas, sino calcular el impacto que el abuso de alcohol tiene en la CVRS de personas con problemas de alcohol, utilizando como grupo de control el resto de la población.

En el estudio de Saarni et al., realizado con una amplia muestra de la población general finesa, se evaluó el impacto de la dependencia alcohólica (junto con otras enfermedades psiquiátricas no psicóticas), identificada a partir de la versión Munich del cuestionario CIDI. Utilizó dos instrumentos de medida, el EQ-5D y el 15-D. Como puede observarse en la tabla 1.2 no existen diferencias entre la calidad de vida media de la población general y la de la submuestra de los que padecen dependencia alcohólica, lo que hace dudar de la capacidad discriminatoria del procedimiento utilizado. En el estudio de Petrie et al. (2008) se calcularon los índices de utilidad de diversas situaciones relacionadas con el alcohol, identificadas en base al resultado obtenido en el AUDIT que es un cuestionario validado a nivel internacional para el screening y diagnóstico de los problemas de alcohol (Babor et al. 2001). Como los autores señalan, la situación de muy alto riesgo (donde es más probable que se produzca una situación de dependencia) y las situaciones de abstinencia y bajo riesgo, ambas con problemas previos con el alcohol (donde es probable que exista una dependencia en remisión) presentan unos índices de utilidad significativamente inferiores al resto de situaciones.

### **Valoración monetaria para el análisis coste-beneficio (ACB)**

El análisis coste-beneficio (ACB) es una modalidad de la evaluación económica caracterizada porque las ganancias de cualquier programa sanitario se cuantifican en

unidades monetarias. Por tanto, al igual que el ACU, permite comparar los resultados de programas sanitarios de muy diferente naturaleza. Aunque existen diferentes métodos para obtener dichas valoraciones (Pinto et al. 2003), el método de la *valoración contingente* es el que ha experimentado un mayor desarrollo en las últimas décadas. Este método permite estimar el valor de bienes para los cuales no existe un mercado, mediante la simulación de un mercado hipotético, por lo que resulta de gran utilidad para valorar monetariamente los beneficios intangibles de cualquier programa. Dentro de la valoración contingente, el método habitualmente utilizado es el de la *disponibilidad a pagar* (DAP). Este método estima el valor de una determinada ganancia a partir de la máxima disponibilidad a pagar que el sujeto participante en la encuesta está dispuesto a pagar por lograrla.

Se considera que el ACB, junto con el ACU, permiten reflejar de forma más completa los diferentes aspectos intangibles relacionados con el consumo excesivo de alcohol (Kleiman 1999, Jeanrenaud 2004). Recientemente la Oficina Regional para Europa de la OMS, en un manual de buenas prácticas en la estimación de costes en relación con el alcohol (Moller y Matic 2010), cita al ACB y al ACU como tecnologías de elección en la evaluación económica. Además, otras instituciones y expertos se han mostrado de acuerdo en que dichos métodos de valoración deben ser los prioritarios en la estimación de los costes asociados al consumo de drogas en general (Popovici et al. 2008, Schori 2011).

El método de valoración contingente apenas ha sido aplicado para valorar los resultados de los programas de intervención frente al problema del alcohol y otras adicciones. Respecto a otras adicciones, sólo hemos encontrado dos estudios, uno realizado con población general (Tang et al. 2007) y otro con población dependiente (Bishai et al. 2008). El estudio de Tang y sus colaboradores se llevó a cabo en población general tailandesa y se realizaron 1817 entrevistas telefónicas. El estudio preguntaba la disposición a pagar del encuestado por implementar un programa de abordaje del abuso de drogas. El estudio de Bishai et al. (2008) se llevó a cabo en

Baltimore y se entrevistaron personalmente a 241 consumidores de heroína. Se les preguntaba por la disposición a pagar por un tratamiento de mantenimiento con metadona en el supuesto de que no estuviera incluido en las prestaciones de su póliza de seguro de enfermedad.

Con respecto al alcohol, solo hemos encontrado los estudios del grupo de Jeanrenaud. Estos autores, además de un amplio estudio sobre todos los costes atribuibles al abuso de alcohol (Jeanrenaud et al. 2003), realizaron un estudio con 236 sujetos de la población general suiza donde se obtuvo la disposición a pagar por un tratamiento para curar la dependencia alcohólica de un hipotético familiar conviviente (Jeanrenaud y Pellegrini 2007). Se utilizó la técnica del cartón de pagos. Esto es, se le ofrecían conjuntamente diferentes cantidades monetarias (entre 0 y 4.000 francos suizos) y el sujeto debía indicar cuál de esas cantidades estaba dispuesto a pagar como máximo. Los resultados muestran una disponibilidad a pagar media de 626 francos suizos. Este trabajo no permite contemplar la heterogeneidad de este colectivo y, por tanto, asignar distintas valoraciones monetarias en función del tamaño de la ganancia. No hemos encontrado ningún estudio de valoración contingente realizado con la propia población alcohólica o con personas de su entorno.

### ***1.3. Objetivos y estructura de la tesis***

El objetivo global de esta tesis es calcular los costes intangibles de la dependencia alcohólica y, por tanto, los beneficios intangibles derivados de la disminución de su prevalencia y su intensidad. Además, queremos que los resultados de esta investigación proporcionen valoraciones que sean susceptibles de ser incorporadas en estudios de evaluación económica, tanto en la modalidad del ACU como en los estudios de ACB. Por ello, dicho beneficio se obtendrá tanto en términos de AVACs como en unidades monetarias.

En el presente capítulo se ha realizado una breve revisión del estado de la cuestión a modo de justificación. En ella se ha definido, en primer lugar, la magnitud del problema del alcohol y sus consecuencias, así como los costes asociados. A continuación hemos mostrado las herramientas de medida con las que contamos para la estimación de los costes intangibles dentro del ámbito de la evaluación económica, así como una revisión de la literatura más relevante.

El resto de capítulos de esta tesis se estructuran de la siguiente manera. En el **capítulo 2** se evalúa el impacto que la dependencia alcohólica produce en la CVRS de los dependientes, uno de los costes intangibles más mencionados en la literatura. Para lograr este objetivo de entrevistaron a tres muestras diferentes: 150 pacientes que sufren dependencia alcohólica, 63 familiares de alcohólicos y 600 personas representativas de la población gallega. El objetivo es estimar la pérdida de CVRS que, en media, supone una situación de dependencia alcohólica, utilizando como grupo de control una muestra representativa de la población general y controlando por otras variables socioeconómicas. De forma adicional, se estima la pérdida de CVRS de familiares de alcohólicos comprometidos con el tratamiento de los mismos.

Por tanto, el objetivo de este capítulo estaría en línea con los estudios que Saarni et al. y Petrie et al. realizaron en la población finesa y australiana, respectivamente. Obviamente hay más trabajos que estiman la CVRS de las personas que padecen dependencia alcohólica. Sin embargo, lo habitual en la literatura es medir los cambios en la calidad de vida del bebedor como consecuencia de una determinada intervención, habitualmente médica. Esto es, mediante algunos de los métodos indirectos de valoración anteriormente mencionados, miden la calidad de vida del los sujetos antes y después de la intervención, lo que permite obtener la ganancia media de dicho tratamiento. Sin embargo, a partir de dicha medición no podemos obtener una estimación del impacto que tiene sobre la CVRS el padecer una dependencia alcohólica, con respecto a una persona de la población general que no presente dicha patología.

Nuestro estudio difiere de la investigación de Saarni et al. y Petrie et al. principalmente en dos aspectos, además del país de procedencia de la población objeto de estudio. En primer lugar, nosotros utilizamos el SF-6D para valorar la CVRS, a diferencia del EQ-5D utilizada por los estudios precedentes. Los pesos del SF-6D aplicados han sido obtenidos de un estudio realizado en España (Abellán et al. 2012), en el cual se ha utilizado como método directo de valoración una variante de la lotería estándar (método de valoración que se considera que posee mejores propiedades teóricas que la compensación temporal, utilizada en el EQ-5D). En segundo lugar, la muestra de dependientes ha sido extraída de una muestra de población ya diagnosticada de dependencia alcohólica y en tratamiento por ello en una unidad específica. El principal motivo era identificar de forma clara una población dependiente y conseguir una muestra lo suficientemente grande como para apreciar cambios significativos en su CVRS en relación a la muestra de población general. Recordemos que en el trabajo de Saarni et al. no se encontraron diferencias significativa entre la población dependiente y la población general.

En el capítulo 2 se analizan los efectos que el alcoholismo produce en la CVRS, pero es evidente que existen otros costes intangibles, incluso más importantes que los anteriores, como son los costes asociados a las consecuencias sociales o familiares que dicha dependencia produce. Así, en el **capítulo 3** de esta tesis se identifican, en primer lugar, las consecuencias más importantes que la dependencia alcohólica produce, tanto en el alcohólico como en su entorno. Para la identificación de estas dimensiones se han realizado sendos grupos focales, uno con alcohólicos y otro con profesionales relacionados con la atención a esta patología. La combinación de los diferentes niveles que pueden tomar estas dimensiones, nos permiten definir diferentes escenarios hipotéticos de dependencia. Para la estimación de los costes intangibles que dichos escenarios de alcoholismo provocan, utilizamos una variante de la lotería normalizada, en una muestra de 300 individuos de población general. Con esta técnica se obtiene una medida de CVRS, específica de la dependencia alcohólica. Dada la metodología

utilizada, la unidad de medida de la CVRS serán índices de utilidades, que permiten calcular AVACs. La ventaja de utilizar esta metodología es que dichos valores podrán ser aplicados en los estudios de evaluación económica, concretamente en los estudios de análisis coste-utilidad. En la revisión bibliográfica realizada, tal y como ha sido comentado, no hay estudios que contemplen la gran heterogeneidad de este colectivo, valorando como máximo 2 o 3 escenarios de dependencia alcohólica. Otra ventaja del estudio realizado es que permite obtener la importancia relativa de cada una de las dimensiones identificadas. Así, podremos saber, por ejemplo, si los efectos sobre la salud pesan más o menos que los efectos sobre la familia, cuantificando dicha diferencia. No hemos encontrado ningún análisis de estas características en la literatura.

Para complementar la valoración en términos de utilidades de los diferentes escenarios de dependencia realizada en el capítulo 3, en el **capítulo 4** se ha realizado un estudio de valoración contingente con el fin de estimar los costes intangibles en términos monetarios. Esto nos permitirá su aplicación en los estudios de análisis coste beneficio. Para dicho análisis, se ha realizado una entrevista a una muestra de 300 personas de la población general, en la cual se le preguntaba por su disponibilidad a pagar por reducir el riesgo de padecer diferentes situaciones de dependencia alcohólica.

Tras obtener la valoración monetaria de los costes intangibles a partir de las preferencias sociales, en el **capítulo 5** analizamos la perspectiva de las personas que sufren dependencia alcohólica. Se entrevistaron personalmente a 145 sujetos que padecen esta patología. A partir de dicha entrevista se ha obtenido su máxima disponibilidad por un tratamiento que elimina su dependencia alcohólica, bajo distintos supuestos de probabilidades de éxito. Adicionalmente, utilizamos la misma técnica con una muestra de 61 familiares comprometidos en el tratamiento del sujeto afecto. Ésta es una aportación original cuyo objetivo específico es realizar una aproximación al beneficio obtenido por el tratamiento desde la perspectiva del propio



sujeto dependiente y de sus familias.

Asumiendo el riesgo de que algunas partes de la tesis, principalmente las introducciones de los capítulos, pueden resultar repetitivas, hemos considerado interesante que los capítulos sean autocontenidos, de tal forma que permitan su lectura separada del resto. El capítulo 1 de justificación y el **capítulo 6** de conclusiones pretenden darle un carácter integrado a la tesis. Se expone toda la **bibliografía** utilizada a continuación. Y se finaliza la tesis con 6 **anexos** en los que incorporamos pormenorizadamente distintos aspectos técnicos de la misma.





## ***CAPÍTULO 2***

# ***Efectos de la dependencia alcohólica sobre la calidad de vida relacionada con la salud: una aplicación del SF-6D***

---

### ***2.1. Introducción***

El consumo abusivo de alcohol, sobre todo cuando se ha alcanzado una situación de dependencia alcohólica, provoca innumerables efectos en la salud. Así, el alcohol es el tercer factor de riesgo individual para enfermar, después del tabaco y la hipertensión (WHO 2002) y la segunda causa mundial generadora de años de vida con discapacidad en varones, después de los trastornos depresivos (WHO 2008). Diferentes estudios han analizado los efectos que toda esta problemática ha causado en el aumento en las tasas de mortalidad entre las personas alcohólicas (Vaillant 2003, Campos et al. 2011, Markkula et al 2012, John et al. 2013). También hay abundante literatura que ha cuantificado los efectos que dichos trastornos producen en la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Para su estimación se suelen utilizar

diferentes instrumentos genéricos, no basados en las preferencias, como el SF-36 (Daeppen et al. 1998, Kraemer et al. 2002, Stranges et al. 2006, Lahmek et al. 2009, Pettinatti et al. 2009), el SF-12 (Peltzer y Pengpid (2012) o una variante del SF-36 específica para dependencia alcohólica (AlQoI9), desarrollado por Malet et al. (2006). Sin embargo, estos instrumentos no son válidos para su aplicación en la evaluación económica (Drumond et al. 2005), pues las valoraciones resultantes no son adecuadas para priorizar los recursos sanitarios (Taylor et al. 2004). Por este motivo, desde diferentes ámbitos del estudio de las dependencias (Moller y Matic 2010, Popovici et al. 2008, Schori 2011), se recomienda el uso de otras unidades de medida, principalmente los *años de vida ajustados por calidad* (AVAC).

El AVAC es un indicador de CVRS que combina en un simple índice las dos dimensiones más importantes de la salud, esto es, calidad y cantidad de vida. Así, los años de vida son ponderados en función de la calidad de vida que se experimenta, de tal forma que una ponderación de 1 equivale a buena salud y 0 a muerte. Siguiendo esta metodología, la ganancia de salud de un determinado programa sanitario se realiza en función del número de AVACs que proporciona. Para el cálculo de los AVACs es clave disponer de una medida de CVRS (o índice de utilidad) cuyas propiedades permitan su aplicación en el ámbito de la evaluación económica. La utilización de esta medida para valorar los efectos de la dependencia alcohólica ha sido reducida. Por una parte, existen trabajos que miden de forma directa los índices de utilidad de padecer una dependencia alcohólica (Stouhard et al. 2000, Sanderson et al. 2004 y Kraemer et al. 2005). Aunque existe mucha variabilidad en los resultados, bien sea entre estudios, como dentro de un mismo estudio, las estimaciones más conservadoras muestran una pérdida de calidad de vida de 0.3 AVACs.

Por otra parte, otros estudios miden dicha calidad de vida de forma indirecta mediante cuestionarios multiatributo, destacando la utilización del SF-6D (Pyne et al. 2011, Walters et al. 2009) y del EQ-5D (UKATT 2005, Parrott et al. 2006). Sin embargo, estos estudios no analizan los efectos del alcohol sobre la calidad de vida con respecto

a una situación de no consumo, sino que analizan los efectos sobre la población dependiente de diferentes medidas de intervención. Por lo que nosotros sabemos, solo existen dos estudios que mediante la utilización de estos cuestionarios multiatributos miden la CVRS de las personas con dependencia alcohólica, en relación al resto de la población (Saarni et al. 2007 y Petrie et al. 2008). Saarni et al. aplican el EQ-5D y el 15-D a una muestra representativa de la población finlandesa, identificando la dependencia alcohólica (junto con otras 4 patologías psiquiátricas) con el CIDI (Wittchen et al. 1998). Sin embargo, en los resultados no se aprecian grandes diferencias entre el índice de utilidad que asigna a tener dependencia alcohólica y el índice de la población general. En el estudio de Petrie et al, en el cual también se aplica el EQ-5D a una muestra de población rural australiana, se obtiene un mayor impacto. En este trabajo se identifica a las personas con problemas de alcohol mediante el AUDIT (Babor et al. 2001). Los resultados muestran una pérdida significativa de calidad de vida en los sujetos de muy alto riesgo y en los abstinentes o bebedores de bajo riesgo que han tenido problemas en el pasado, con respecto al resto de situaciones (abstinentes o bebedores de bajo riesgo que nunca han tenido problemas y bebedores de riesgo medio o alto). En todo caso, consideramos que en este trabajo se puede estar produciendo una infravaloración de la pérdida de calidad de vida relacionada con la dependencia alcohólica. Por una parte, el cuestionario AUDIT no permite identificar con seguridad a las personas dependientes, solo indica que es posible, pues son de muy alto riesgo. Por otra parte, la entrevista fue realizada por correo, teniendo una reducida tasa de respuestas (38%), y siendo imposible analizar la “no respuesta”. Tal y como señalan los autores, esto puede generar un sesgo de selección, dado que es posible que aquellas personas con problemas de alcohol tengan una mayor probabilidad de no contestar.

Por lo que nosotros sabemos, no existe ningún estudio que aplique el SF-6D (Brazier et al., 2002) con el objetivo de estudiar el impacto de la dependencia alcohólica en la CVRS, en relación con población general. Sin embargo, algunos autores han señalado

las ventajas de las estimaciones obtenidas a partir de este instrumento, dado que utiliza como método de valoración la lotería estándar, que es considerada el *gold standard* (Torrance et al. 2001). Por otra parte, el EQ-5D presenta un efecto “techo” que dificulta la discriminación entre estados de salud cercanos a la buena salud, efecto que no parece observarse en el SF-6D (Johnson y Coons, 1998). También ha sido propuesto como el mejor método, tras un estudio comparativo entre la escala visual analógica, el intercambio temporal y la lotería estándar, realizado en alcoholismo (Kraemer et al 2005). Finalmente, existe un algoritmo diseñado por Brazier et al. (2002) que permite transformar las múltiples bases de datos que utilizaron el SF-36, en ítems del SF-6D, lo que permite obtener valoraciones de los estados de salud en utilidades, válidas para su uso en la evaluación económica.

En esta introducción nos hemos centrado en la influencia que los problemas de alcohol pueden causar en la persona que padece dicha dependencia. Sin embargo, dicha dependencia también puede afectar significativamente a la persona próxima al paciente (Laslett et al. 2010, Nutt et al. 2010). Dichos efectos apenas han sido cuantificados en la literatura. En la revisión realizada, solo hemos encontrado un estudio en el que se analiza el impacto de la dependencia alcohólica sobre la CVRS de las personas del entorno del dependiente. (Jarl et al. 2008). En dicho estudio para calcular el impacto sobre la calidad de vida de familiares y amigos de alcohólicos, se utiliza el WHOQOL-BREF, que como señalan los propios autores, no es adecuado para obtener AVACs.

El objetivo de este trabajo es aportar nueva evidencia empírica sobre los efectos que la dependencia alcohólica provoca en la persona dependiente y en su entorno. Para ello hemos analizado la CVRS de 3 muestras extraídas de la población gallega: 150 pacientes con dependencia alcohólica, 63 familiares de alcohólicos y 600 sujetos representativos de la población general gallega, que se utiliza como grupo de control. Siguiendo las recomendaciones de la literatura se ha aplicado el SF-6D como método de valoración.

## **2.2. Material y métodos**

### **Muestras**

Para realizar este trabajo, se analizaron tres muestras: 150 pacientes con dependencia alcohólica, 63 familiares de pacientes con dependencia alcohólica y 300 personas de la población general. La muestra de pacientes fue reclutada en la Unidad de Alcoholismo de Vigo (España), unidad de referencia del sistema público para el tratamiento de la dependencia alcohólica en el área sanitaria de Vigo. Se incluyeron a todos los pacientes con dependencia alcohólica que acudieron a consulta desde el 20 de enero de 2010 hasta tener los 150 previstos. Se excluyeron a aquellos pacientes que, en el momento de la entrevista, presentaban intoxicación aguda por alcohol, patología psiquiátrica grave descompensada, deterioro cognitivo que, a criterio del terapeuta del paciente, impedían la realización de la entrevista, o se negaban a participar en el estudio.

La muestra de familiares también fue reclutada en la Unidad de alcoholismo de Vigo. Se incluyeron a todos los familiares que, en el período citado, acompañaron a los pacientes con dependencia alcohólica incluidos en la muestra de dependientes. El hecho de acompañarlos supone un cierto compromiso en el abordaje de la dependencia de su familiar afecto. Si el día de la entrevista no acudió el familiar habitualmente acompañante, se le citaba expresamente para ser incluido en la muestra. No había otro criterio de exclusión que la no implicación en el tratamiento de su familiar alcohólico o la negativa a participar. Tanto los dependientes como sus familiares fueron entrevistados personalmente, y de forma independiente, por el autor de esta tesis.

La muestra de población general se reclutó de forma aleatoria entre la población censada en la Comunidad Autónoma de Galicia en el año 2012, siguiendo los procedimientos habituales para que se cumplan los criterios de representatividad de dicha población. Básicamente se realizó un muestreo estratificado aleatorio en cuatro

etapas, con ajuste final de cuotas por género y edad. Se excluyeron a aquellos sujetos que se negaron a ser encuestados, que presentaban una discapacidad que impedía su participación o que no estaban en su domicilio en el período de inclusión. A los sujetos incluidos en la muestra, se les entrevistó personalmente en su domicilio. Tanto el muestreo como el trabajo de campo fueron realizados por una empresa especializada, que utilizó 6 encuestadores profesionales entrenados para la realización correcta de este cuestionario.

### **Instrumento de medida de la CVRS utilizado**

El cuestionario utilizado en este trabajo para medir la CVRS es el SF-6D. Su diseño fue realizado por Brazier et al. (2002) a partir del cuestionario general SF-36 (Ware et al. 1993). El SF-6D está formado por 6 dimensiones, con diferentes niveles (ver primera columna de la tabla 2.1), que permiten describir 18.000 estados de salud posibles.

Como ya ha sido mencionado en la introducción diferentes causas justifican la elección de este instrumento. Una de ellas es que las valoraciones resultantes de este instrumento no presenta el efecto “techo” que sí presenta el EQ-5D. Sin embargo, diferentes estudios han evidenciado la existencia de un efecto “suelo” cuando el SF-6D es usado. Esto es, el método parece presentar insensibilidad a la hora de discriminar pequeñas ganancias de salud en los peores estados de salud (Longworth y Bryan, 2003, Brazier et al., 2004; Ferreira et al., 2008). Esto provoca que la valoración de los estados de salud obtenidas con el SF-6D tengan un valor mínimo que es considerablemente mayor que el valor mínimo obtenido por otros instrumentos, por ejemplo, por el EQ-5D. Esto podría estar sugiriendo una sobrevaloración de los estados peores. Algunos estudios (Tsuchiya et al. 2006) han llegado a la conclusión de que parte de este efecto “suelo”, tiene su origen en el método de valoración utilizado (lotería estándar). Para mitigar este efecto “suelo”, Abellán et al. (2012) han propuesto la utilización del método de la lotería equivalente o doble lotería (McCord y de



Neufville, 1986) para estimar las utilidades de los estados de salud.

**Tabla 2.1. Dimensiones del SF-6D y los pesos aplicados**

Dimensiones	Tarifas (Abellán et al. 2012)
<b>Funcionalidad física.</b> En un día normal, su salud ...	
No le limita para esfuerzos intensos	
Le limita un poco para esfuerzos intensos	-0.015
Le limita un poco para esfuerzos moderados	-0.034
Le limita mucho para esfuerzos moderados	-0.090
Le limita un poco para bañarse y vestirse	-0.111
Le limita mucho para bañarse y vestirse	-0.338
<b>Limitación de actividades por su salud física/mental.</b> Durante las 4 últimas semanas...	
No ha tenido problemas	
Algunas actividades por su salud física	-0.014
Menos actividades por problemas emocionales	-0.038
Algunas actividades por su salud física y por problemas emocionales	-0.070
<b>Limitación de actividades sociales.</b> Durante las últimas 4 semanas ...	
Nunca	
Pocas veces	-0.037
Algunas veces	-0.060
La mayor parte de las veces	-0.203
Siempre	-0.208
<b>Dolor corporal.</b> Durante las últimas 4 semanas, le ha dificultado sus tareas	
No tiene dolor	
Tiene dolor pero no dificulta sus tareas	-0.018
Le dificulta un poco	-0.034
Le dificulta moderadamente	-0.198
Le dificulta bastante	-0.202
Le dificulta siempre	-0.318
<b>Salud mental.</b> Durante las últimas 4 semanas, se ha sentido nervioso/desanimado/triste	
Nunca	
Pocas veces	-0.066
Algunas veces	-0.078
La mayoría del tiempo	-0.096
Siempre	-0.224
<b>Vitalidad.</b> Durante las últimas 4 semanas, ha tenido mucha energía ...	
Siempre	
La mayor parte del tiempo	-0.058
Algunas veces	-0.121
Sólo alguna vez	-0.157
Nunca	-0.199

A diferencia de la lotería estándar, en la cual el entrevistado siempre se enfrenta a la elección entre una opción segura (por ejemplo, estar 30 años en un

determinado estado de salud) y otra opción en la cual existe un riesgo (por ejemplo una intervención quirúrgica con un 95% de éxito y 5% de riesgo muerte), esta técnica siempre obliga a elegir entre opciones con riesgo. Abellán et al. han estimado las tarifas del SF-6D teniendo en cuenta las preferencias de la población murciana y han obtenido que este método de valoración disminuye el valor de los peores estados de salud. Así, el valor más bajo que puede tener un estado de salud, aplicando las tarifas del SF-6D estimadas por Brazier et al. (2004) con la lotería normalizada, es de 0.328. Sin embargo, este valor cae al -0.357 en la tarifa de Abellán et al., considerando, por tanto, la existencia de estados peores que la muerte tal y como considera el EQ-5D.

En este trabajo hemos aplicado las tarifas estimadas por Abellán et al. (ver la columna 2 de la tabla 2.1) para obtener la CVRS de las 3 muestras analizadas, por tres razones: a) tal y como ha sido mencionado, esta tarifa suaviza el efecto “suelo” encontrado en otras tarifas del SF-6D; b) por proximidad geográfica (posiblemente las preferencias de la población gallega estén más próximas a las murcianas que a las de la población de otros países) y c) son muy recientes. El cuestionario SF-6D se pasó directamente a la muestra de población general y a través del SF-36 (versión 2) a la muestra de alcohólicos y de familiares. En este último caso utilizamos el algoritmo diseñado por Brazier et al. (2004) para transformar los ítems del SF-36 en ítems del SF-6D.

Además, los entrevistados tuvieron que contestar preguntas sobre sus características sociodemográficas: edad, sexo, educación, tipo de convivencia, situación laboral y nivel de renta. Los entrevistados también tuvieron que contestar a otras preguntas no utilizadas en este capítulo. La mitad de la muestra de población general tuvo que contestar las preguntas necesarias para

la elaboración del capítulo 3 y la otra mitad las utilizadas en el capítulo 4. La muestra de alcohólicos y familiares también tuvieron que contestar las preguntas necesarias para la elaboración del capítulo 5 de esta tesis. En el anexo 1 mostramos el esquema completo de muestras utilizadas y las tareas realizadas.

### **Análisis estadístico**

Con el objetivo de estimar el impacto medio que la dependencia alcohólica tiene en la CVRS, se ha comparado la calidad de vida de los propios alcohólicos y de sus familiares, con la de la población general. Para ello se han obtenido la utilidad media (y mediana) de cada una de las muestras, obtenida de aplicar las tarifas de Abellán et al. al cuestionario SF-6D. Por tanto la utilidad oscilará entre 1 (buena salud) y -0.357 (peor nivel en todas las dimensiones), donde 0 corresponde a un estado equivalente a la muerte. El impacto de la dependencia alcohólica se analiza de dos formas. En primer lugar, se obtiene la utilidad media y mediana en cada una de las muestras. En segundo lugar, realizamos una regresión de mínimos cuadrados ordinarios, con el fin de suavizar los posibles efectos confusión a la hora de explicar la correlación entre dependencia y la CVRS. Así, la variable a explicar es la utilidad obtenida con SF-6D y las variables explicativas son: una variable que identifica la muestra a la que pertenece el entrevistado, sexo, edad, tipo de convivencia, nivel de estudios, renta y situación laboral.

## **2.3. Resultados**

### **Descripción de las muestras**

La tabla 2.2 muestra el análisis descriptivo de las 3 muestras analizadas. Con respecto a la población general, las diferencias fundamentales de la muestra de alcohólicos son un mayor porcentaje de varones, de parados, de sujetos que no viven en pareja (menos del 50%) y de sujetos con un nivel de renta inferior.

La descripción de la muestra de alcohólicos es bastante similar a los datos aportados por la institución, referidos a todos los sujetos que acudieron a la Unidad de alcoholismo de Vigo en el año 2010, en cuanto a: sexo (72% de varones), edad media (44 años frente a 48 en nuestra muestra), parados (33,7%), vivir en pareja (53,2%) y nivel educativo (4% sin estudios, 58% estudios primarios, 27% estudios medios y 11% estudios superiores). La muestra de familiares está formada predominantemente por mujeres, que viven en pareja (más del 80%) y que, en un importante porcentaje, tienen trabajo (50%). La muestra de población general también es similar a la población total gallega (ver última columna de la tabla 2.2).

**Tabla 2.2. Descripción de las muestras utilizadas**

	Alcohólicos (n=150)	Familiares alcohólicos (n=63)	Población general (n=600)	Población general (datos oficiales)
<b>Sexo (% varones)</b>	69.33	16.92	47.83	47.8*
<b>Distribución edad (%)</b>				
De 18 a 29 años	5.30	6.67	14.67	15*
De 30 a 44 años	29.80	31.67	28.00	27.7*
De 45 a 59 años	47.68	40.00	23.83	23.9*
De 60 a 74 años	15.23	18.33	20.00	19.2*
De 75 y más	1.99	3.33	13.50	14.2*
<b>Vivir en pareja (%)</b>	46.66	81.54	70.78	
<b>Situación laboral (%)</b>				
Trabajo	40.00	49.23	42.33	43.7**
Parado	30.67	13.85	12.17	11.7**
Población no activa:				44.6**
• Pensionista	20.67	15.39	27.83	
• Tareas domésticas	04.67	13.85	11.17	
• Otras	4.00	7.69	6.00	
<b>Nivel de estudios (%)</b>				
No estudios	10.67	10.77	11.17	1.5**
Primarios	56.67	56.92	37.17	29.9**
Medios	25.33	16.93	32.67	45.3**
Superiores	7.34	13.84	18.67	23.3**
<b>Renta personal media</b>	767.25	846.22		
Menos de 500	42.86	26.56	17.80	
500 – 1000	27.89	37.50	21.67	
1000 – 1500	22.45	25.00	25.50	
1500 – 2000	3.40	9.38	22.17	
2000 – 3000	3.40	1.56	9.00	
3000 – 4000	0	0	3.17	
Más de 4000	0	0	0.70	
<b>Renta familiar media</b>	1306.70	1847.95		
Menos de 500	20.69	4.76	2.67	6.5***
500 – 1000	22.07	9.52	17.67	16.7***
1000 – 1500	24.83	25.40	26.67	20.4***
1500 – 2000	14.48	30.16	19.33	16.5***
2000 – 3000	15.17	20.63	15.83	22.6***
3000 – 4000	1.38	6.35	3.83	10.2***
Más de 4000	1.38	3.17	1.66	7.1***

Los datos oficiales fueron extraídos del Padrón Municipal\*, de la Encuesta de Población Activa (2<sup>a</sup> trimestre 2012) \*\* y de la Enquisa de condições de vida das famílias (2010) \*\*\*

### Media y mediana de las utilidades

La tabla 2.3 muestra la utilidad media y mediana, obtenida del SF-6D, para cada una de las muestras. Mientras la utilidad media de la población general es de 0.807, la utilidad media de la muestra de alcoholólicos y de sus familiares es de 0.663 y 0.722, respectivamente. Dichas diferencias son estadísticamente significativas (contraste de t-student) al 5% de significatividad. Este análisis muestra que la pérdida de CVRS de padecer una dependencia alcohólica se estima en 0.144, mientras que este impacto es de 0.085 para los familiares cercanos. El análisis de la mediana apoya estos resultados aunque se agudizan las diferencias de la población general con las restantes muestras.

**Tabla 2.3. Media y mediana de los índices de utilidad obtenidos del SF-6D\***

	N	Media (desviación estándar)	Mediana (percentil: 25;50)
<b>Población general</b>	600	0.807 (0.159)	0.874 (0.750;0.940)
<b>Familiares de alcoholólicos</b>	63	0.722 (0.213)	0.758 (0.626; 0.868)
<b>Alcoholólicos</b>	150	0.663 (0.211)	0.709 (0.576;0.801)

\*Las tarifas utilizadas son las de Abellán et al (2012)

### Efecto de otros factores en la CVRS

En la tabla 2.4 mostramos los resultados de la regresión realizada para controlar por las variables sociodemográficas. Como es habitual encontrar en la literatura, se ha obtenido que la educación, el ser hombre y el vivir en pareja son variables que ejercen un efecto positivo en la salud. Como era de esperar también, la edad tiene un efecto negativo. No se han encontrado efectos beneficiosos de la renta, quizás porque parte de su potencial efecto ya está recogido con la variable educación. Sin embargo, el

impacto sobre la CVRS de ser alcohólico, tras controlar por estas variables, es prácticamente el mismo que el mostrado en la tabla 2.3, evidenciando la robustez de los resultados.

En el caso de los familiares de alcohólicos, el impacto controlando por las variables sociodemográficas (-0.060) es algo menor, aunque sigue siendo significativo.

**Tabla 2.4. Determinantes de la CVRS medida con el SF-6D**

Variable ( <i>referencia</i> )	Coef.	Std. Err.
<b>Muestras (<i>ref. población general</i>)</b>		
Familiares de alcohólicos	-0.060*	0.0261
Alcohólicos	-0.143**	0.0187
<b>Edad</b>	-0.002**	0.0006
<b>Sexo (<i>ref. hombres</i>)</b>		
Mujeres	-0.045**	0.0143
<b>Nivel de estudios (<i>ref. no estudios</i>)</b>		
Estudios primarios	0.173**	0.0230
Estudios medios	0.244**	0.0255
Estudios superiores	0.227**	0.0278
<b>Tipo de convivencia (<i>ref. no pareja</i>)</b>		
Tener pareja	0.056**	0.0153
<b>Situación laboral (<i>ref. empleado</i>)</b>		
Pensionista/jubilado	-0.0016	0.0220
Parado	-0.0093	0.0201
Otra situación	-0.0163	0.0219
<b>Renta familiar</b>		
Constante	-0.0043	0.0045
	0.7903	0.0464

\* Significación estadística al 5%, \*\* al 1%

## **2.4. Discusión**

Mientras los costes tangibles del consumo abusivo de alcohol han sido ampliamente analizados en la literatura (Scottish Government 2008, Collins y Lapsley 2008, Anderson y Baumberg 2006, Scandurra et al. 2011, Leontaridi 2003), hay pocos estudios que hayan estimado los costes intangibles del mismo (Sanderson et al 2005, Kraemer et al 2005, Saarni et al 2007, Petrie et al 2008). Nuestros resultados sugieren que ignorar estos costes puede provocar una importante infravaloración de los efectos de la dependencia alcohólica y, por tanto, de los beneficios derivados de su tratamiento.

Así, los resultados muestran que, en media, la pérdida de CVRS que supone una dependencia alcohólica es de 0.144 AVACs anuales. Esta estimación se corresponde con la diferencia entre el índice de utilidad medio obtenido en la muestra de alcohólicos (0.663) y el obtenido en la población general (0.807). Esta pérdida, que representa una reducción del 17.84% en la CVRS, es superior a la obtenida por otros estudios con objetivos similares (Saarni et al. 2007 y Petrie et al. 2008). Con respecto al estudio de Petrie et al., realizado en población rural australiana, las diferencias con nuestros resultados no son excesivamente importantes, pues la pérdida media de AVACs anuales estimada por estos autores es del 11.7% (comparando los bebedores de muy alto riesgo con los de bajo riesgo sin problemas de alcohol en el pasado). Sin embargo, con respecto a los resultados del estudio de Saarni et al., realizado en población finlandesa, las diferencias son más importantes. Como ya ha sido comentado, en este estudio apenas se encontraron diferencias entre los índices de utilidad medios obtenidos en la dependencia alcohólica pura (0.866 en el EQ-5D) o comórbida (0.829) y el índice de la población general (0.835). Sin embargo, cuando se controla por variables socioeconómicas la dependencia alcohólica supone un impacto de 0.07.

Pensamos que al menos dos factores pueden estar influyendo en las diferencias



encontradas con respecto a los dos estudios precedentes, uno relacionado con la selección de la muestra e identificación de los dependientes, y el otro con el instrumento de medida utilizado. Respecto al primer factor, nosotros hemos seleccionado la muestra de población general y la muestra de alcohólicos de forma independiente. La población general ha sido seleccionada mediante un muestreo estratificado aleatorio. La muestra de dependientes está formada por pacientes ya diagnosticados de dependencia alcohólica (todos ellos cumplen criterios DSM-IVR) y que están en tratamiento por ello. Dicha muestra es representativa de la población alcohólica en tratamiento del área sanitaria de Vigo. Hemos sido estrictos en la inclusión correlativa de pacientes, aplicando escasos criterios de exclusión (intoxicación alcohólica aguda, patología psiquiátrica mayor descompensada, deterioro cognitivo que impida contestar a las preguntas) y registrándose una única negativa a participar en el estudio.

En Petrie et al. la muestra de población general utilizada (dentro de la cual se identificaba a los sujetos con problemas de alcohol) ha sido obtenida a partir de una encuesta realizada por correo, cuya tasa de respuestas fue sólo del 38%. Dado el tipo de preguntas que se hacen en relación al consumo de alcohol, es muy probable que exista una mayor tasa de no respuesta entre los sujetos con dependencia alcohólica, y que, aquellos dependientes que sí participan, sean los que presenten una menor dependencia. De hecho, respondieron más las mujeres y las personas de más edad, subpoblaciones con menores tasas de dependencia alcohólica. Esto puede provocar una infravaloración del impacto del consumo de alcohol, tal y como reconocen los propios autores. Además, el cuestionario AUDIT utilizado por Petrie et al., no permite identificar con precisión a las personas dependientes, sino que identifica niveles de riesgo, según el consumo durante el último año: abstinentes, bajo riesgo, medio/alto riesgo, muy alto riesgo, abstinentes con problemas de alcohol en el pasado y sujetos de bajo riesgo con problemas de alcohol en el pasado. Para compararlos con nuestros resultados, interpretamos como población con probable dependencia aquellos sujetos

que, según el AUDIT, son de muy alto riesgo (3% de la muestra), pero no podemos descartar que un porcentaje indeterminado sean sujetos con consumo perjudicial sin dependencia. Esto también podría explicar la menor reducción de la calidad de vida obtenida por Petri et al.

En el estudio de Saarni et al., existe un 25% de entrevistados que no han completado los cuestionarios. Este estudio utiliza el cuestionario M-CIDI, que sí permite identificar a los dependientes. Sin embargo, dicha herramienta no fue utilizada con criterios clínicos, es decir, no fue utilizada como prueba complementaria en el ámbito de una consulta, sino que fue utilizada con fines epidemiológicos por entrevistadores que no pertenecen al ámbito de la psiquiatría. En todo caso, resulta difícil de explicar el escaso impacto de la dependencia alcohólica obtenido en este estudio. En nuestro estudio, no hemos controlado los resultados según las posibles comorbilidades, como hace Saarni et al. Pero, nos parece que, al menos en algunas comorbilidades somáticas que pueden formar parte de las consecuencias del alcoholismo, no tienen por qué ser eliminadas para medir su efecto. Es el caso de enfermedades como neoplasias, miocardiopatías, hipertensión, ictus, diabetes, etc. En cualquier caso el efecto en Saarni et al. de estas variables es poco significativo. Asimismo controlan la coexistencia de patologías psiquiátricas autoinformadas, patologías que en nuestra opinión, aparecen con bastante frecuencia asociadas al uso de drogas en general y al alcoholismo en particular. Por lo tanto, nos parece muy cuestionable el excluir los efectos de esta comorbilidad a la hora de identificar los efectos de la dependencia alcohólica.

El instrumento de medida también puede explicar una parte de las diferencias encontradas. Mientras que nosotros hemos utilizado el SF-6D, los dos estudios mencionados utilizan el EQ-5D. El SF-6D permite evaluar un mayor número de estados de salud diferentes (18.000 frente a los 243 del EQ-5D) y no parece experimentar el efecto “techo” observado en el EQ-5D (el propio Saarni et al. advierte sobre el hecho de que en su muestra existe un 47% de sujetos que manifiesta tener la

mejor salud posible). Ambas características permiten una mayor sensibilidad de la medida a cambios relevantes en la salud, lo que podría explicar el mayor impacto encontrado en nuestro estudio.

Como ya ha sido señalado, la tarifa del SF-6D utilizada en este estudio ha sido previamente estimada utilizando la lotería como método de valoración. Por tanto, resulta relevante comparar nuestros resultados con los de Kraemer et al. (2005), en el cual se utiliza la lotería, la compensación temporal y la escala visual analógica para valorar directamente los AVACs asociados a seis estados hipotéticos relacionados con el alcohol (entre ellos la dependencia alcohólica). Los autores finalizan proponiendo la lotería como la mejor herramienta para la evaluación directa de estados de salud relacionados con el alcohol, principalmente por dos motivos: a) su mayor soporte teórico al estar basado en la teoría de la utilidad, y b) por proporcionar una valoración más conservadora del impacto de la dependencia, reduciendo el riesgo de sobreestimar la pérdida de AVACs. El índice de utilidad obtenido por estos autores para la dependencia alcohólica (0.67) es muy similar al nuestro, a pesar de que dicha valoración no se obtiene de los propios alcohólicos, sino de un escenario hipotético planteado a una muestra de conveniencia (no representativa de población general) y de que utilizan la lotería estándar mientras que en el nuestro se utiliza la doble lotería.

Finalmente, el estudio de Sanderson et al. (2004), aunque alejado metodológicamente del nuestro, pues aplica intercambio temporal para evaluar 3 estados de dependencia diferenciados por la gravedad de la sintomatología, obtiene utilidades entre 0.92 y 0.66 dependiendo de la mencionada gravedad.

Otra aportación de nuestro estudio es la estimación del impacto que la dependencia alcohólica produce en la CVRS de los familiares cercanos, implicados en el tratamiento. Sabemos que la adicción al alcohol es la dependencia a drogas que más impacto tiene en el entorno, como ha mostrado recientemente Nutt et al. (2010) en un estudio realizado con expertos en el que se analizaron todos los daños que producen

las drogas en los propios usuarios y en su entorno. Así como la heroína, el crack y la metanfetamina son las drogas que producen más daños en la propia persona dependiente, el alcohol es la que, con diferencia, produce un mayor daño al entorno. Sin embargo, en la revisión bibliográfica realizada, no hemos encontrado que este impacto haya sido cuantificado y analizado. El índice de utilidad obtenido en nuestro estudio es 0.722, un valor intermedio entre el índice obtenido en alcohólicos y el obtenido en población general. Calculando la diferencia con el índice de la población general, estimamos la pérdida media de AVACs anuales en 0.085 que se reduce a 0.06 cuando se controla por variables socioeconómicas. En todo caso, dichos resultados, aunque significativos, deben tomarse con cautela dado el reducido tamaño de la muestra de familiares.

Los resultados que se presentan en este trabajo tienen una inmediata aplicación, tanto en estudios epidemiológicos como en estudios de evaluación económica. Por una parte, añade una información más rica al simple análisis de la prevalencia del alcohol, proporcionando información sobre la pérdida de calidad de vida relacionada con el alcohol. Así, se ha estimado que la dependencia alcohólica supone, en media, una pérdida de 0.14 AVACs anuales. Dado que la población española de 16 años o más años es de 38.333.000 (INE 2012) y que se estima que un 4% padece dependencia alcohólica (Echeburúa 2001), la pérdida de calidad de vida derivada de esta patología estaría en torno a 226.500 AVACs anuales en nuestro país.

Por otra parte, dada la unidad de medida utilizada (los AVACs), nuestros resultados pueden ser incorporados en evaluaciones económicas destinadas a analizar el coste-efectividad de las políticas destinadas a la prevención y tratamiento de la dependencia alcohólica. En todo caso, a la pérdida de calidad de vida estimada habría que añadirle la pérdida de esperanza de vida que se derivada de esta patología, para obtener la pérdida total de AVACs. Un reciente estudio (John et al. 2013) ha calculado en 20 años la pérdida de esperanza de vida en los sujetos alcohólicos, lo que aporta una dimensión temporal a la pérdida de AVACs que permitirá completar la evaluación.

## ***CAPITULO 3***

# ***Medición en AVACs del impacto de la dependencia alcohólica y sus dimensiones***

---

### ***3.1. Introducción***

Los problemas relacionados con el consumo de alcohol generan múltiples costes, tanto tangibles como intangibles. Mientras que los costes tangibles directos (fundamentalmente de atención sanitaria) e indirectos (los referidos a la pérdida de productividad) han sido ampliamente documentados (Leontaridi 2003, Anderson y Baumberg 2006, Scottish Government 2008, Collins y Lapsley 2008, Scandurra et al. 2011) los costes intangibles (dolor, sufrimiento, pérdida de vida saludable, etc.), apenas han sido analizados. La principal razón de su escasa consideración se deriva de la dificultad para obtener la información necesaria para su cálculo, por lo que se necesitan estudios específicamente diseñados para ello. Sin embargo, obviar estos costes, puede provocar una importante infravaloración de las consecuencias asociadas a esta patología y, por tanto, una inadecuada medición de los beneficios derivados de su tratamiento. En el informe que Anderson y Baumberg (2006) realizaron para la UE, a partir de los pocos trabajos existentes, aproximan que los costes intangibles pueden

suponer en torno a 2/3 de los costes totales, lo que explica el interés por mejorar su estimación en las evaluaciones económicas.

Los escasos trabajos que han analizado directamente los efectos intangibles de la dependencia alcohólica, confirman, en general, una pérdida de calidad de vida derivada de esta patología (por ejemplo, Kalman et al. 2004, Peltzer y Pengpid 2012). Sin embargo, estos trabajos presentan algunas limitaciones. En primer lugar, la mayoría de estos estudios se centran en la valoración de los efectos de la dependencia alcohólica sobre la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) que es uno de los efectos intangibles de esta patología. La forma habitual de hacerlo es mediante escalas de calidad de vida genéricas, fundamentalmente el EQ-5D (por ejemplo, Günther et al. 2008) y el SF-6D (Daepfen et al. 1998, Kraemer et al. 2002, Lahmek et al. 2009, Pettinati et al. 2009), tal como hemos hecho nosotros en el capítulo 2 de esta tesis. Consideramos que esto supone una limitación porque, en el contexto del alcoholismo, existen otros costes intangibles de gran importancia, más allá de los efectos sobre la salud del dependiente. Los problemas familiares y los problemas sociales generados por el consumo de alcohol tienen una gran relevancia (Laslett et al. 2010), hasta el punto que se considera que esta adicción es la que más problemas genera al entorno (Nutt et al. 2010).

Otra limitación es que estos estudios se suelen realizar para comparar el estado de salud de los pacientes con dependencia alcohólica, antes y después de un determinado tratamiento. Su objetivo no es medir los efectos poblacionales de la dependencia alcohólica, sino la variación media en la salud de los pacientes, ante distintas intervenciones. Por ejemplo, en el trabajo de Laemek et al (2009), se estudia la mejoría en CVRS tras el ingreso hospitalario para desintoxicación alcohólica. Se obtiene una ganancia media en todas las dimensiones del SF-36. Dado que la información proporcionada es la ganancia de salud media (resultante de una determinada tasa de éxito y de fracaso), resulta imposible conocer cuál sería la ganancia en salud de curar una dependencia alcohólica, o lo que es lo mismo cuál es la

pérdida de calidad que genera la dependencia alcohólica, con respecto a una situación de no dependencia.

Por lo que nosotros conocemos, sólo existen dos estudios (Saarni et al. 2007, Petrie et al. 2007) que, comparando con la población general, tratan de aproximar la pérdida de CVRS derivada de padecer una dependencia alcohólica. Sin embargo, los resultados obtenidos por Saarni et al. apenas discriminan entre personas con dependencia alcohólica y personas sin dependencia, posiblemente debido a la imposibilidad de aislar en su totalidad los efectos de otras comorbilidades. Así, por ejemplo, a la dependencia pura se le asigna una valoración media de 0.866 (utilizando el EQ-5D) frente a una valoración media igual de la población sin diagnóstico psiquiátrico. El capítulo 2 de esta tesis se englobaría también en este tipo de literatura. En dicho capítulo se compara la población general con la población alcohólica, pero esta última no extraída de la población general sino que se trata de una muestra de alcohólicos reclutados en una unidad de alcoholismo. Como ya ha sido mostrado, en nuestro estudio, las diferencias medidas mediante el SF-6D sí son significativas y algo superiores a las obtenidas por Petrie et al. mediante el EQ-5D.

Finalmente, en la revisión realizada, solamente se han encontrado 4 estudios primarios (otras muchos han aplicado los resultados de estos estudios, tal y como se muestra en la introducción de esta tesis) que no solo analizan los efectos sobre la CVRS, sino que se valoran en conjunto los efectos de una situación de dependencia alcohólica. Tres de estos estudios aplican los métodos de valoración propuestos por el Análisis Coste-Utilidad (Stouhard et al. 2000, Sanderson et al. 2004 y Kraemer et al. 2005) y el último aplica la disponibilidad a pagar, el método ampliamente utilizado en los estudios de Análisis Coste-Beneficio (Jeanrenaud et al. 2007). Sin embargo, la principal limitación de estos estudios es que analizan la dependencia alcohólica como si se tratara de una entidad homogénea o como máximo, analizan tres estados de dependencia diferentes. Por ejemplo, Stouhard et al. (2000) distingue entre 3 escenarios: bebedor con problemas (algunos problemas físicos, psíquicos o sociales),

alcoholismo manifiesto (problemas sociales severos) o alcoholismo con graves problemas físicos (cirrosis) y/o psíquicos (dellirium). Por otra parte, una limitación adicional de este trabajo es que no se valoran directamente los escenarios sino que los valores de estos estados son obtenidos por interpolación de los valores obtenidos en otras 16 enfermedades (que sí fueron valoradas directamente).

El objetivo de este capítulo es medir la pérdida de bienestar asociada a la dependencia alcohólica, tratando de superar algunas de las limitaciones de los estudios precedentes. En primer lugar, no sólo analizaremos los efectos sobre la salud, sino todos aquellos efectos intangibles de la dependencia alcohólica que resultan relevantes, individual y socialmente. Nos centramos únicamente en la valoración de los costes intangibles porque, aunque existe evidencia de su gran peso en los costes totales, apenas han sido analizados en la literatura. Por otra parte, la OMS (Moller y Matic 2010) recomienda que la valoración de las pérdidas de bienestar no financieras (lo que nosotros denominamos costes intangibles) sean explícitamente separadas de la valoración del resto de costes. En segundo lugar, la metodología propuesta pretende identificar y valorar los distintos escenarios de dependencia, con el fin identificar la probable heterogeneidad de la dependencia. En tercer lugar, queremos obtener la importancia relativa de cada una de las dimensiones de la dependencia, un aspecto que no había sido tratado previamente en la literatura. Finalmente, se pretende que los resultados obtenidos puedan ser integrados en estudios de Análisis Coste-Utilidad, por lo que las pérdidas de bienestar derivadas de la dependencia serán valoradas en términos de AVACs (ver la introducción de la tesis para una descripción de este concepto). Este tipo de análisis, el más recomendado por el National Institute for Clinical Excellence (Rawlins y Culyer, 2004), es el que está teniendo un mayor desarrollo en los estudios de evaluación económica en el ámbito de la salud y, por tanto, las valoraciones de la dependencia alcohólica podrán ser fácilmente comparadas con otro tipo de patologías. Además, la OMS, en un estudio reciente en el que se aborda en profundidad la medición de las consecuencias individuales y sociales de la dependencia alcohólica



(Moller y Matic 2010), recomienda la aplicación este tipo de análisis (junto con el Análisis Coste Beneficio).

Para lograr estos objetivos se identificaron, en primer lugar, aquellas consecuencias o dimensiones de la dependencia alcohólica más relevantes para la sociedad. Para ello se han realizado grupos focales con especialistas en la materia y con pacientes dependientes. A partir de las dimensiones seleccionadas y de los niveles de severidad que pueden presentar, se identificaron diferentes perfiles de dependientes. En segundo lugar, mediante una encuesta realizada a 600 personas de la población general (300 para el estudio principal y 300 para el análisis de validez) se obtiene el peso de cada una de estas dimensiones con el objetivo de valorar los distintos perfiles de dependencia.

### **3.2. Material y métodos**

#### **Identificación de las dimensiones y de los estados de dependencia alcohólica**

##### *Método de identificación mediante grupos focales*

La dependencia alcohólica es una patología multidimensional, es decir, presenta diversas dimensiones a partir de las cuales se pueden identificar diferentes perfiles de pacientes. Las dimensiones hacen referencia a las consecuencias que dicha enfermedad puede producir en distintos ámbitos de la esfera personal y social del individuo (problemas familiares, enfermedades, déficits sociales, etc.). Cada una de estas dimensiones puede presentar distintos grados de intensidad a los que denominaremos niveles. Así, un paciente con dependencia puede no tener problemas familiares, o puede tenerlos con distintos niveles de gravedad. Por tanto el objetivo de la primera fase de este trabajo es identificar las dimensiones más relevantes de la dependencia alcohólica, así como los niveles que puede alcanzar cada una de ellas.

Esta fase de identificación de dimensiones es fundamental, ya que si no se tienen en cuenta dimensiones relevantes, se resta validez a los resultados, mientras que incluir demasiadas aumenta la complejidad del estudio y su aplicabilidad. En este trabajo, para la selección de las dimensiones se realizaron dos grupos focales, uno con profesionales implicados en la atención de esta patología y otro con pacientes. En el anexo 2 se muestra este proceso de selección de forma pormenorizada. Con respecto a la selección de niveles de gravedad dentro de cada dimensión, ésta fue realizada en base a la literatura existente y a la opinión de los profesionales.

### *Dimensiones y niveles obtenidos*

En la tabla 3.1 se muestran las dimensiones (y sus niveles) más relevantes de la dependencia alcohólica, obtenidas a partir de los grupos focales y después de un proceso de agregación de las diferentes dimensiones obtenidas.

**Tabla 3.1. Dimensiones y niveles obtenidos**

<b>Consecuencias familiares:</b>
1. Apenas tiene problemas familiares.
2. Problemas familiares moderados como discusiones frecuentes, falta de confianza, maltrato verbal o difícil convivencia.
3. Problemas familiares graves como ruptura con la pareja, maltrato físico con la familia o nula relación con la familia.
<b>Consecuencias en la salud física:</b>
1. Apenas tiene efectos en su salud física.
2. Problemas de salud moderados como caídas o hígado inflamado.
3. Problemas de salud graves como cirrosis o fracturas graves.
<b>Consecuencias psíquicas:</b>
1. Apenas le ha generado problemas psíquicos.
2. Problemas psíquicos moderados sentimiento de culpa o vergüenza, pérdida de autoestima, depresión leve o problemas de memoria.
3. Problemas psíquicos graves como depresión severa o comportamientos incoherentes.
<b>Consecuencias sociales:</b>
1. No afecta a su comportamiento social.
2. Problemas sociales moderados como dificultades para relacionarse con otras personas o pérdida de aficiones.
3. Problemas sociales graves como ausencia de relaciones sociales o conductas sociales inapropiadas.

En el anexo 2 se describen en detalle todas las tareas realizadas por estos grupos. Como se puede observar, las cuatro dimensiones seleccionadas hacen referencia a aspectos “intangibles” de la dependencia alcohólica. Otras dimensiones que hacían referencia a costes de carácter más tangible, como los gastos sanitarios o las consecuencias laborales o legales, ocupaban las últimas posiciones.

#### *Perfiles o estados de dependencia alcohólica*

La combinación de los diferentes niveles de cada dimensión proporciona un total de 81 estados diferentes de dependencia alcohólica. El paso siguiente será obtener la valoración (utilidad) de cada uno de estos perfiles. Como es habitual en la literatura, se asume un modelo aditivo de preferencias, esto es, la utilidad asociada a cualquier estado de alcoholismo  $a$ , que denominaremos  $u(a)$ , será el resultado de la suma de las utilidades de cada una de las dimensiones que lo componen. Por ejemplo, la utilidad del estado de dependencia definido por la combinación de niveles 1100, es la suma de las utilidades obtenidas por padecer problemas familiares y de salud física (ambos de intensidad moderada) y sin apenas problemas psíquicos y sociales. La ventaja de asumir un modelo aditivo es que, mediante un diseño ortogonal, podemos reducir drásticamente el número de estados a evaluar, manteniendo la capacidad de estimar de forma eficiente el peso de los restantes estados. El programa SPSS, utilizado para la obtención del diseño ortogonal, nos proporcionó nueve estados, que presentaremos a los encuestados en forma de tarjetas (en el anexo 3 se muestran las nueve tarjetas seleccionadas).

Cada una de estas nueve tarjetas que utilizamos en el experimento, describe una de las posibles situaciones que puede experimentar una persona que padece dependencia alcohólica, descrita en función de las 4 dimensiones seleccionadas. Como se puede ver en el anexo 3, primero se muestra información sobre los problemas familiares, seguidos de los problemas físicos, psíquicos y sociales. Sin embargo, este orden de las dimensiones puede introducir un sesgo en las respuestas, sobrevalorando aquellas

dimensiones que están al inicio de la tarjeta y que, por tanto, pudieran captar mejor la atención del encuestado. Paralelamente, se puede producir una infravaloración de aquellas dimensiones situadas al final, cuando es más probable que se produzca una reducción de la atención por parte del entrevistado. Para suavizar este efecto, para la mitad de la muestra, seleccionada aleatoriamente, se ha invertido el orden en el cual se presentan las dimensiones, es decir, situando los problemas sociales al principio, seguidos de los psíquicos, los físicos y los familiares.

### **Muestra**

Para el estudio base se reclutaron 300 personas de la población general gallega. La muestra fue seleccionada de forma aleatoria, siguiendo los procedimientos habituales para que se cumplan los criterios de representatividad de dicha población. Básicamente se realizó un muestreo estratificado aleatorio en cuatro etapas, con ajuste final de cuotas por género y edad. Se excluyeron a aquellos sujetos que se negaron a ser encuestados, que presentaban una discapacidad que impedía su participación o que no podían ser encuestados por estar ingresados, de viaje o por cualquier otra circunstancia en relación con no estar en su domicilio en el período de inclusión. A los sujetos incluidos en la muestra, se les entrevistó personalmente en su domicilio. Tanto el muestreo como el trabajo de campo fueron realizados por una empresa especializada en la realización de este tipo de entrevistas, que utilizó 6 encuestadores profesionales entrenados para la realización correcta de este cuestionario.

### **Método de obtención de las utilidades**

Los dos métodos directos más defendidos para la obtención de utilidades de los estados de salud son la compensación temporal y la lotería estándar. La compensación temporal obtiene la utilidad de un estado de salud averiguando la cantidad de vida que una persona está dispuesta a ceder a cambio de una mejora de dicha situación. Es el

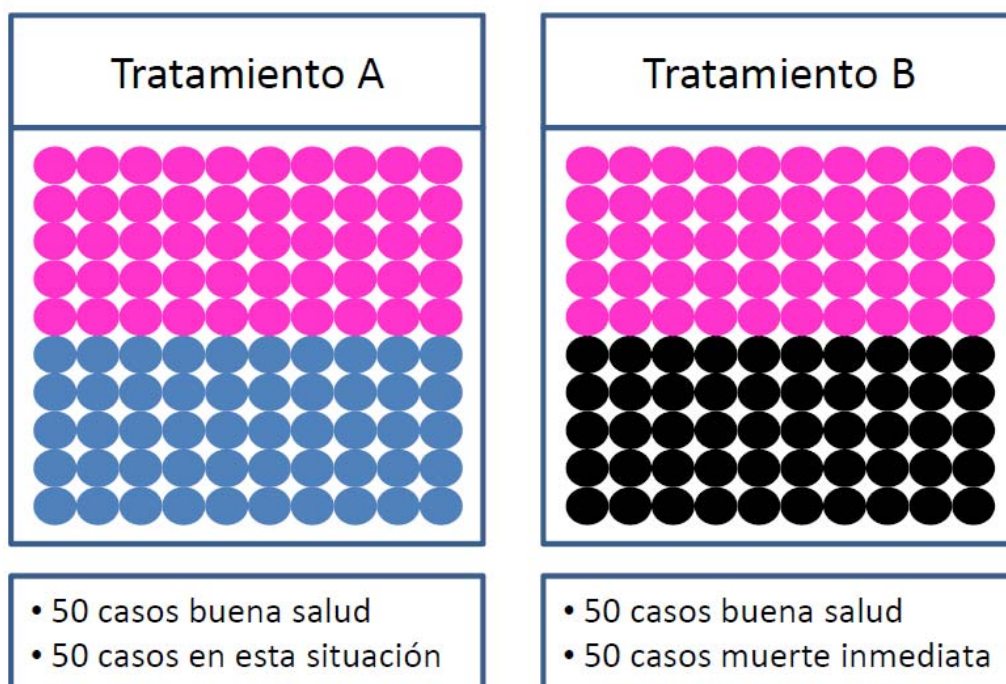
método habitualmente utilizado para obtener las utilidades en el cuestionario EQ-5D. La lotería estándar es un método de obtención de preferencias en el que la utilidad de un estado de salud se mide a través del riesgo de muerte que una persona está dispuesta a asumir a cambio de evitar un cierto problema de salud. Es el método habitualmente utilizado para obtener las utilidades en el cuestionario SF-6D. Ambos métodos proporcionan índices de calidad de vida donde 1 indica buena salud y cero corresponde a la muerte. Si un estado es considerado peor que la muerte tendrá valores negativos.

El método de la lotería estándar es el que tiene un referente teórico más sólido y, por tanto, es ampliamente defendido, considerándose mayoritariamente como el *gold standard* (Torrance et al. 2001). También ha sido propuesto como el mejor método tras un estudio comparativo realizado específicamente en alcoholismo (Kraemer et al 2005). Sin embargo, uno de los problemas de la lotería estándar, que ha sido documentado en diferentes estudios (Longworth y Bryan, 2003, Brazier et al., 2004; Ferreira et al., 2008), es que parece haber una cierta sobrevaloración de los estados peores, debido a que el entrevistado siempre se enfrenta a la elección entre una opción segura (por ejemplo, estar 30 años en una determinada situación) y otra opción en la cual existe un riesgo (por ejemplo 80% de estar en buena salud 30 años y 20% de muerte).

Para solucionar este problema se ha propuesto la llamada lotería equivalente o doble lotería (McCord y de Neufville, 1986). Con esta técnica, el entrevistado se enfrenta a la elección entre dos situaciones en las cuales siempre hay un riesgo. La doble lotería parece suavizar el efecto “suelo” de la lotería normalizada (Abellán et al. 2012), permitiendo la obtención de valores más bajos y una mayor cantidad de estados peores que la muerte. Por ejemplo, el valor más bajo obtenido por Brazier para el SF-6D es 0.328 con la lotería normalizada, mientras que el peor estado de salud obtenido por Abellán et al. mediante doble lotería tiene un valor de -0.357, más próximo, por cierto, a la valoración del peor estado de salud proporcionado por el EQ-5D (Dolan 1997).

Dadas las ventajas señaladas en la literatura, en este trabajo se ha optado por utilizar la doble lotería para valorar los estados de dependencia alcohólica. El formato de pregunta seleccionado ha sido extraído de Abellán et al. (2012). Así, ante un estado de dependencia concreto mostrado en una tarjeta, se le pide al encuestado que elija entre dos tratamientos, mostrándole la ayuda visual de la figura 3.1.

**Figura 3.1. Ayuda visual inicial**



El tratamiento A asegura un 50% de posibilidades de éxito (se curaría la situación de alcoholismo) y un 50% de posibilidades de fracaso (quedando por lo tanto, en la situación actual de alcoholismo el resto de su vida). El tratamiento B tiene también un 50% de posibilidades de éxito y un 50% de posibilidades de fracaso pero, en este caso, con resultado de muerte. Según la respuesta del encuestado, se van variando los porcentajes de éxito del tratamiento B (el tratamiento A siempre permanece igual),

según un itinerario preestablecido (ver figura 3.2), siguiendo un formato de ping-pong. Cada pregunta siempre va acompañada de la ayuda visual correspondiente. El objetivo es llegar a una situación de indiferencia o duda ante los dos tratamientos. Dicho de otra forma, el encuestado va mostrando su preferencia por el tratamiento A o por el tratamiento B, hasta que se le presente un determinado porcentaje de éxito del tratamiento B, que le haga estar indiferente entre ambas opciones. Por ejemplo, si ante la situación inicial planteada en la figura 3.1 el entrevistado elige el tratamiento A, se considera que dicho estado de dependencia alcohólica es considerado mejor que la muerte (ante la misma probabilidad de buena salud se prefiere tener un 50% de permanecer en ese estado que de morir). Ante esta respuesta se sabe que la probabilidad de éxito del tratamiento B debe ser mayor del 50% para obtener la indiferencia, con lo cual siguiendo el itinerario mostrado en la figura 3.2, se le plantea una probabilidad de éxito del 80%, y así sucesivamente hasta obtener la indiferencia.

Una vez obtenido la probabilidad de éxito que deja al entrevistado indiferente entre ambos tratamientos, esto es la utilidad del tratamiento A es igual a la utilidad del tratamiento B, se obtiene la utilidad asociada a esa tarjeta. Para ello se asume que se cumplen los supuestos de la Teoría de la Utilidad Esperada, esto es la utilidad asociada a un evento incierto es igual a la suma de las utilidades de cada uno de los posibles resultados de ese evento, ponderados por la probabilidad de que dicho resultado ocurra. Por tanto, la fórmula aplicada para obtener las utilidades será:

$$0,5 \times U(BS) + 0,5 \times U(S) = p \times U(BS) + (1 - p) \times U(M)$$

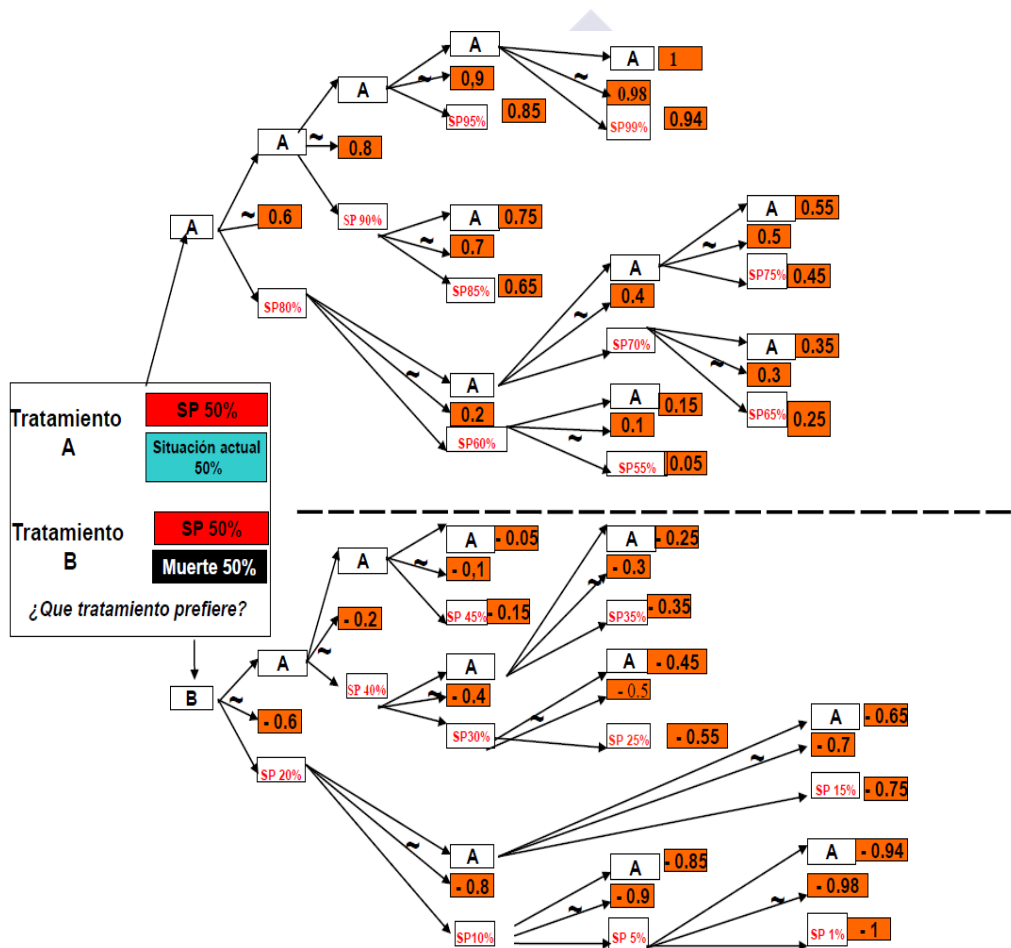
donde  $U(BS)$  indica la utilidad asignada a buena salud,  $U(S)$  es la utilidad asignada al estado que estamos valorando,  $U(M)$  es la utilidad asignada al estado de muerte y  $p$  es la probabilidad de éxito del tratamiento B que deja indiferente al entrevistado entre elegir el tratamiento A y B. Dado que se asume que  $U(BS)=1$  y  $U(M)=0$ , entonces:

$$U(S) = (p - 0.5) / 0.5 \quad [Ecuación 3.1]$$

A partir de esta expresión se pueden calcular los valores de las 9 tarjetas para cada uno de los entrevistados. Por ejemplo, supongamos que el entrevistado muestra indiferencia entre el tratamiento A y el tratamiento B cuando éste tiene una probabilidad de éxito del 90% y, por lo tanto, una probabilidad de muerte del 10%. Entonces, la utilidad del estado de dependencia propuesto por la tarjeta es de 0,8:

$$U(S) = (0.9 - 0.5) / 0.5 = 0.8$$

**Figura 3.2. Itinerario para obtener las utilidades en el formato 50/50**





Como se puede observar en la figura 3.2 no siempre se puede obtener la  $p$  que deja indiferente al entrevistado entre el tratamiento A y B. Lo más frecuente es obtener un intervalo de  $p$ . Por ejemplo, si con  $p = 0.9$  ha dicho que prefiere el tratamiento B pero con  $p = 0.85$  prefieren el A, entonces sabemos que  $p$  está entre esos dos valores. Aplicando la ecuación anterior sabemos que  $U(S)$  es menor que 0.8 y mayor que 0.7. En estos casos se considera que la utilidad de ese estado de salud es el valor intermedio del intervalo (0.75). En la figura, también se muestran las utilidades asignadas en cada uno de los itinerarios posibles.

### **Cuestionario**

En el anexo 4 presentamos el cuestionario completo. Los entrevistados comenzaban valorando los nueve estados de dependencia, utilizando la doble lotería anteriormente detallada. Se le pedía que imaginaran que estaban en la situación descrita en la tarjeta correspondiente y, siguiendo lo descrito en el epígrafe anterior, debían decir si preferían el tratamiento A o B hasta finalizar el itinerario correspondiente. Una vez evaluada una tarjeta se repetía el proceso con la siguiente hasta valorar las nueve tarjetas. El orden en el cual se proporcionaban las tarjetas se estableció aleatoriamente. A continuación, el 77% de la muestra (aleatoriamente seleccionada) debía ordenar las 9 tarjetas de más a menos preferidas, lo que se denomina ordenación contingente (el resto de la muestra fue utilizada para llevar a cabo un estudio piloto finalmente descartado). Esta técnica nos permite utilizar sus resultados para analizar la validez convergente de la doble lotería, tal y como explicaremos posteriormente. La entrevista finalizaba con unas preguntas sobre las características socioeconómicas de los entrevistados.

### **Análisis estadístico**

Mediante la doble lotería obtendremos las utilidades de los nueve estados de dependencia evaluados. A partir de dichas valoraciones, se puede obtener el peso de cada uno de los niveles de las 4 dimensiones, lo cual permitirá obtener el valor de los

restantes perfiles de dependencia no directamente evaluados. Para ello realizaremos un análisis de regresión en el cual la variable dependiente es la utilidad directamente proporcionada por los entrevistados para cada una de las 9 tarjetas y las variables independientes son los niveles de las dimensiones que tiene cada una de las tarjetas. Se aplicará el modelo de regresión con efectos aleatorios para tener en cuenta que un mismo individuo proporciona nueve respuestas, una para cada tarjeta y, por tanto, dichas observaciones no son independientes.

Así, el modelo estimado será el siguiente:

$$U_{is} = \alpha + \sum_{d=1}^4 \beta_d x_{sd} + u_i + \varepsilon_{ij} \quad [\text{Ecuación 3.2}]$$

donde  $U_{is}$  es el valor asignado por el individuo  $i$  al estado  $s$ ;  $X_{sd}$  representa el valor que toma la dimensión  $d$  en el estado  $s$  (cada una de las cuatro dimensiones estará compuesta por la agregación de 3 variables dummy, una por cada nivel, que tomarán el valor 1 en aquel nivel que esté presente en dicha dimensión y cero en los restantes);  $u_i$  es el error inobservable debido a las diferencias entre los entrevistados y  $\varepsilon_{ij}$  el error debido a las diferencias entre observaciones. Las variables  $\alpha$  y  $\beta_d$  son parámetros a estimar por el modelo. El parámetro  $\alpha$  es la constante del modelo y  $\beta_d$  son los parámetros asociados a cada uno de los niveles. Para poder estimar el modelo se excluye el nivel más leve de cada dimensión, con lo cual los demás niveles se interpretan en relación al nivel excluido.

A partir de los parámetros estimados se puede calcular la *importancia relativa* de cada dimensión. Para ello se ha utilizado el análisis de la función log-verosimilitud parcial propuesta por Lancsar et al. (2007), adecuado cuando se utiliza un diseño ortogonal, tal y como se hace en este estudio. Este método consiste en estimar el modelo sucesivamente, omitiendo en cada una de las estimaciones una sola de las dimensiones y obteniendo la log-verosimilitud asociada a dicha estimación. La contribución de

cada dimensión se obtiene como la diferencia entre la log-verosimilitud cuando todas las dimensiones son incorporadas y la log-verosimilitud cuando dicha dimensión es extraída. La importancia relativa de cada dimensión es igual a su contribución dividida entre la suma de las contribuciones de todas las dimensiones.

### **Análisis de validez**

Para analizar la validez de los resultados obtenidos se llevarán a cabo los contrastes que a continuación se detallan.

#### *Consistencia interna*

Para analizar la consistencia interna de las respuestas se realizan un test de dominancias. Para realizar este contraste identificamos aquellas tarjetas que claramente dominan a otras, entre las 9 que hemos utilizado. Consideramos que una tarjeta (dominante) domina a otra (dominada) cuando presenta una mejor situación en una o más dimensiones y no peor en el resto. En este caso, es de esperar que la utilidad asociada a la tarjeta dominante no sea menor que la que obtenida por la tarjeta dominada. Como se puede observar en el anexo 3, se dan nueve situaciones de dominancia. Así, la tarjeta 9 domina a las tarjetas 1, 2 y 7; y la tarjeta 6 es dominada por las tarjetas 3, 4, 5, 7 y 9. Los nueve test de dominancias se realizan a nivel agregado y a nivel individual. A nivel agregado se analiza si, ante una situación de dominancia, la utilidad media asociada a una tarjeta dominante es significativamente mayor que la utilidad media de la tarjeta dominada. El incumplimiento de este test a nivel agregado arrojaría serias dudas sobre la validez los resultados obtenidos.

A nivel individual se analiza, para cada uno de los participantes, si incumple o no cada uno de los test. Obviamente el test individual es mucho más exigente que el agregado. Debe tenerse en cuenta que los individuos no valoran conjuntamente las tarjetas, sino que éstas son proporcionadas individualmente y de forma aleatoria para su valoración. Por tanto, es esperable que algunos individuos cometan errores aleatorios cuando asignan su valoraciones, como ya ha sido puesto de manifiesto en la literatura (San

Miguel et al., 2005). Por tanto, siguiendo a Ryan et al. (2006), se considera que aquellos participantes que incumplen sólo un test cometen un error aleatorio y, por tanto, son considerados consistentes. La estimación de la ecuación 2 se realizará inicialmente con todos los individuos y después con los consistentes, seleccionando estos últimos como resultados finales si existen cambios significativo en los parámetros a estimar.

#### *Validez teórica*

Para este análisis de validez, se revisa si los parámetros estimados en el modelo de regresión tienen el signo y la dirección esperada. Dado que la variable excluida de cada dimensión corresponde con el nivel más leve, y que los parámetros de los restantes niveles se interpretan en relación al nivel excluido, es de esperar que todos los parámetros tengan valores negativos y decrecientes a medida que aumenta la severidad. Es decir, dado que la variable dependiente es la utilidad asociada a cada tarjeta es esperable que ésta se reduzca a medida que se incrementa el nivel de severidad de cada dimensión.

Además de los contrastes de validez tradicionales se ha realizado otros contrastes que no suelen ser testados en la literatura, constituyendo en sí mismos una aportación novedosa de este capítulo. La realización de estos análisis ha implicado un diseño específico del cuestionario, tal y como se muestra a continuación.

#### *Control del sesgo de orden*

Las respuestas de los encuestados pudieran estar condicionadas por el orden en el cual se presentan las distintas dimensiones en las tarjetas. Como ya ha sido comentado, para suavizar este sesgo las 4 dimensiones de las 9 tarjetas valoradas siguieron un determinado orden en la mitad de la muestra y el orden inverso en la otra mitad (ambas muestras aleatoriamente seleccionadas). Este diseño permite testar si

efectivamente existe este sesgo de orden. Para ello se realizan, en primer lugar, dos estimaciones de la ecuación 2, una por cada uno de los formatos, y se analiza si la importancia relativa de cada una de las dimensiones (anteriormente definida) cambia según el formato. En segundo lugar, con el objetivo de valorar la significatividad de las diferencias encontradas, se realiza una estimación de la ecuación 2 introduciendo la interacción de cada uno de los niveles de las dimensiones, con cada uno de los formatos. A continuación se analiza si el parámetro asociado a cada uno de los niveles cambia significativamente dependiendo del formato utilizado.

#### *Validez convergente*

La validez convergente puede contrastarse analizando el grado de correlación entre los resultados obtenidos a partir de la doble lotería con los obtenidos a partir de otras técnicas de análisis. Dado que para el 77% de la muestra el cuestionario incluye la tarea adicional de ordenar las 9 tarjetas de más a menos preferida, se analizará el grado de correlación entre la ordenación agregada de las 9 tarjetas, obtenida a partir de la doble lotería, con la resultante de agregar las ordenaciones realizadas por los participantes. La ordenación resultante de la doble lotería puede obtenerse a partir de la estimación de la ecuación 2, o directamente a partir de los valores medios obtenidos. Para obtener la ordenación de las tarjetas a partir de las ordenaciones individuales se estima un modelo de regresión rank *ordered logit* (Beggs et al. 1981). En este modelo las variables independientes son las mismas que las utilizadas en la ecuación 2 pero la variable dependiente es la ordenación proporcionada por los participantes.

A continuación, se realiza el análisis a nivel individual. Para cada participante se obtiene el coeficiente de correlación de Spearman entre el ranking derivado de la ordenación directa y el resultante a partir de los valores proporcionados en la lotería, calculando posteriormente la correlación media de todos los participantes. El coeficiente de correlación de Spearman oscila entre -1 (máxima correlación negativa)

y 1 (máxima correlación positiva), y donde cero indica falta de correlación.

#### *Consistencia de las respuestas al cambio de formato de la lotería*

Dado que la aplicación de la doble lotería al campo sanitario es relativamente reciente, se ha realizado un análisis de validez para contrastar en qué medida los resultados pueden estar condicionados por el formato de pregunta, contraste no realizado hasta ahora en este contexto. Para ello se ha comparado el formato mostrado en la figura 3.1, que denominaremos formato 50/50, con dos formatos alternativos (formato 75/25 y formato 25/75), que describiremos más adelante.

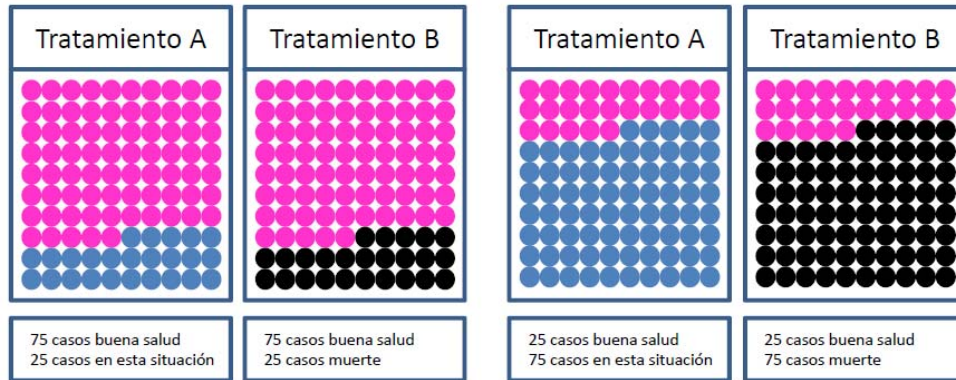
Para realizar este análisis se han realizado 300 encuestas adicionales: 153 realizaron el formato 75/25 y 147 el formato 25/75. Dado que queremos comparar 3 formatos distintos sería deseable garantizar la aleatoriedad, tanto en la selección de la muestra como de los formatos. Para ello se ha procedido de la siguiente forma. Las 300 entrevistas iniciales, que realizaron el formato 50/50, se dividieron en 2, 145 fueron realizadas consecutivamente y 155 fueron aleatorizadas con las entrevistas de los dos formatos restantes. Así, cada entrevistador llevaba cuestionarios de los 3 formatos que utilizaba aleatoriamente en las entrevistas. Por tanto, para analizar la consistencia de las respuestas al cambio de formato se han utilizado 155 entrevistas del formato 50/50, 153 del formato 75/25 y 147 del formato 25/75.

Los formatos 75/25 y 25/75 modifican el formato base 50/50 de la siguiente forma. En el formato 75/25, el tratamiento A de la figura 3.1 ha sido modificado por otro en el que el porcentaje de éxito se eleva al 75% y, consecuentemente, el de fracaso se reduce al 25% (figura 3.3a). En el formato 25/75, el porcentaje de éxito se reduce al 25% y el de fracaso aumenta hasta el 75% (figura 3.3b). El tratamiento B adopta en la pregunta inicial iguales porcentajes de éxito y fracaso (en este caso con resultado de muerte) que el tratamiento A. Según la respuesta del encuestado se van cambiando los porcentajes de éxito y fracaso del tratamiento B. En las figuras 3.4 y 3.5 se muestran

los itinerarios seguidos en estos dos formatos alternativos.

*Fig. 3.3a. Ayuda visual formato 75/25*

*Fig. 3.3b. Ayuda visual formato 25/75*



El itinerario ha sido seleccionado de tal forma que tanto el formato 50/50 (figura 3.2) como los dos nuevos utilizados para este contraste (figuras 3.4 y 3.5), sean lo más similares posible en aquellos aspectos que no queremos medir. En primer lugar para que el efecto cansancio afecte de igual forma en todos los formatos, el itinerario ha sido diseñado de tal forma que para obtener una determinada utilidad haya que hacer el mismo número de preguntas en los 3 formatos. Por ejemplo, para obtener una utilidad de 0.2, siempre es necesario realizar 3 preguntas en cualquiera de los formatos. En segundo lugar, sólo nos interesa medir aquellas utilidades que sean comparables con el formato 50/50 y, para cuya obtención pueda utilizarse la misma ayuda visual.

*Figura 3.4. Itinerario para la obtención de utilidades en el formato 75/25*

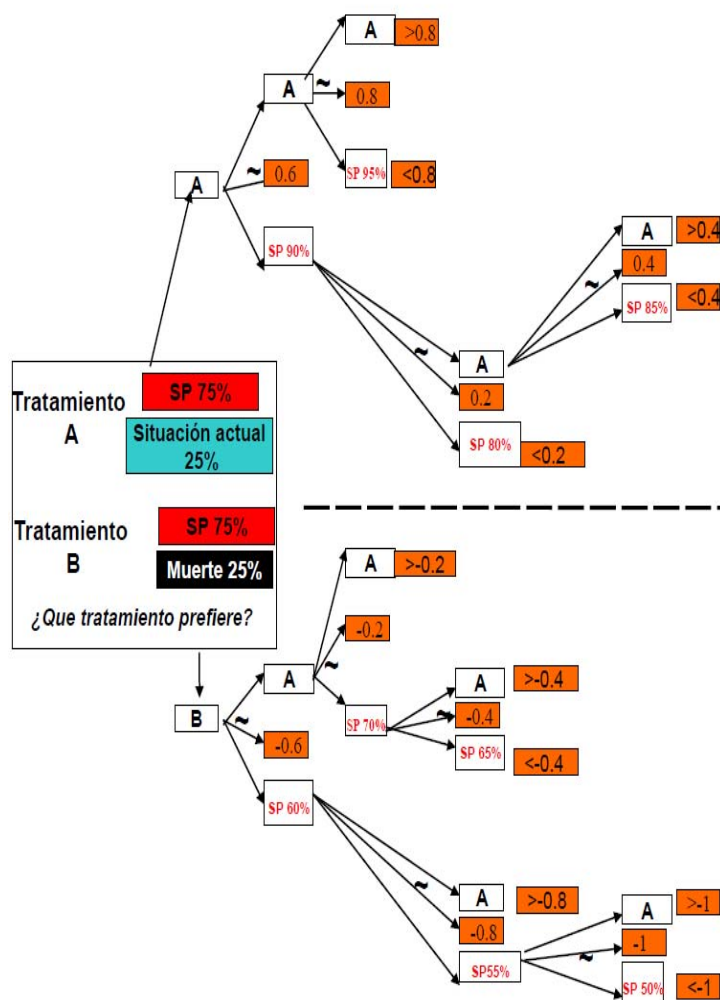
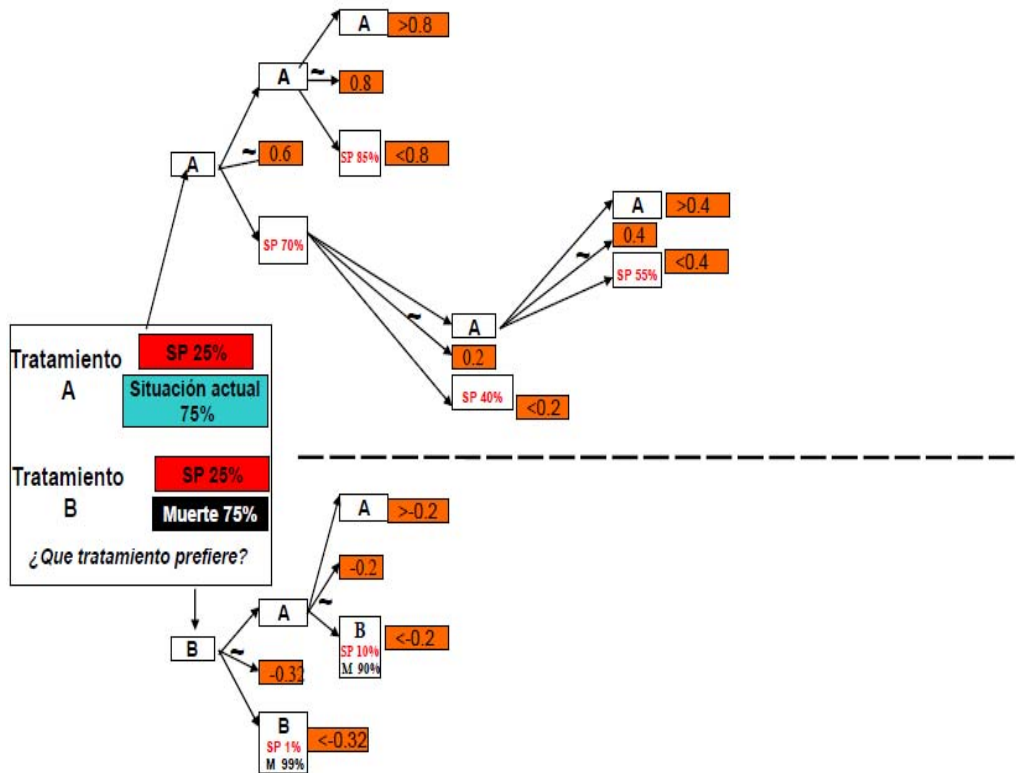




Figura 3.5. Itinerario para la obtención de utilidades en el formato 25/75



En la tabla 3.2 (primera columna) se muestran todas las utilidades que han sido estimadas en el formato 50/50. Esto es, para cada tarjeta podemos saber si su utilidad coincide, es mayor o es menor que estas utilidades, lo cual dependerá de la probabilidad de éxito del tratamiento B. En las columnas 2, 3 y 4 se muestra, para cada uno de los formatos, cual tendría que ser la probabilidad de éxito del Tratamiento B que deja al participante indiferente entre ambos tratamientos, para obtener la utilidad de la columna 1. Debe tenerse en cuenta que, siguiendo los mismos supuestos

de la ecuación 3.1, para el formato 75/25, la ecuación será  $U(S) = (p - 0.75) / 0.25$ , y para el formato 25/75, la ecuación será  $U(S) = (p - 0.25) / 0.75$ . Por ejemplo, siguiendo la ecuación 3.1, en el formato base la utilidad de una tarjeta es igual a 0.2 si el participante se ha manifestado indiferente entre el Tratamiento A y el Tratamiento B, cuando este tiene una probabilidad de éxito del 0.6 (ver tabla 3.2). Esta utilidad será obtenida cuando la probabilidad de éxito del tratamiento B sea igual a 0.8 en el formato 75/25 y de 0.4 el formato 25/75.

***Tabla 3.2. Probabilidad de éxito del tratamiento B asociada a cada utilidad***

Utilidades	Formato base (50/50)	Formato 75/25	Formato 25/75
-1	0.01		
-0.9	0.05		
<b>-0.8</b>	<b>0.10</b>	<b>0.55</b>	
-0.7	0.15		
<b>-0.6</b>	<b>0.20</b>	<b>0.60</b>	
-0.5	0.25		
<b>-0.4</b>	<b>0.30</b>	<b>0.65</b>	
-0.3	0.35		
<b>-0.2</b>	<b>0.40</b>	<b>0.70</b>	<b>0.10</b>
-0.1	0.45		
<b>0</b>	<b>0.50</b>	<b>0.75</b>	<b>0.25</b>
0.1	0.55		
<b>0.2</b>	<b>0.60</b>	<b>0.80</b>	<b>0.40</b>
0.3	0.65		
<b>0.4</b>	<b>0.70</b>	<b>0.85</b>	<b>0.55</b>
0.5	0.75		
<b>0.6</b>	<b>0.80</b>	<b>0.90</b>	<b>0.70</b>
0.7	0.85		
<b>0.8</b>	<b>0.90</b>	<b>0.95</b>	<b>0.85</b>
0.9	0.95		
0.98	0.99		

Por tanto, dada una tarjeta, podremos saber si su utilidad es igual, mayor o menor que 0.2 en cada uno de los 3 formatos. De igual forma se podría replicar el análisis para el

resto de utilidades. Sin embargo, para el formato 75/25 y 25/75 no siempre se puede conocer si el valor es mayor o menor que las utilidades mostradas en la columna 1. Por ejemplo, para el formato 50/50 podemos saber si una utilidad es mayor, menor o igual que 0.5; sin embargo, dada la ayuda visual utilizada, esta información no la podemos conocer para el resto de formatos. Para el formato 75/25 (25/75) esta utilidad se correspondería con una probabilidad de éxito del Tratamiento B de 0.875 (0.625) lo que se correspondería con 87.5 (62.5) personas en la ayuda visual. Por tanto, para los formatos 75/25 y/o 25/75, solo conoceremos si la utilidad es mayor o menor que las utilidades mostradas en negrita en la tabla 3.2. Para analizar la consistencia de las respuestas debemos tener en cuenta que si los supuestos de la utilidad esperada se cumplen, los 3 formatos deberían proporcionar los mismos resultados. Esto es, para cada tarjeta, la distribución de las utilidades entre los diferentes intervalos analizados ([0.8-0.6]; [0.6-0.4]; [0.4-0.2]; etc.), no debería ser significativamente distinta en los 3 formatos. Para contrastar esta hipótesis se realiza el contraste de dos muestras de Kolmogorov-Smirnov, para cada una de las nueve tarjetas. Además, se aplicará el contraste de proporciones para analizar si la probabilidad de que una tarjeta sea considerada mejor o peor que la muerte, cambia según el formato.

### **3.3. Resultados**

#### **Descripción de las muestras**

La muestra de población general utilizada incluyó a 300 sujetos para el cálculo de utilidades y 300 sujetos más para los contratos de cambio de formato. En la tabla 3.3 se muestran las características de ambas muestras, así como datos oficiales referidos al conjunto de la población general de la cual han sido extraídas. Como se puede observar, ambas muestras presentan características similares entre sí y con respecto a los datos oficiales de la población general.

**Tabla 3.3. Descripción de las muestras**

	<b>Muestra utilidades (n=300)</b>	<b>Muestra contrastes (n=300)</b>	<b>Población general (datos oficiales)</b>
<b>Sexo (% varones)</b>	51	44.7	47.8 <sup>*</sup>
<b>Edad media</b>	50.7	51.1	
De 18 a 29 años	17	12.3	15*
De 30 a 44 años	25.7	30.3	27.7*
De 45 a 59 años	22.7	25	23.9*
De 60 a 74 años	20.3	19.7	19.2*
De 75 y más	14.3	12.7	14.2*
<b>Vive solo (%)</b>	7.3	7.3	9.5*
<b>Nº de hijos</b>	1.2 (0-7)	1.4 (0-6)	
<b>Menores de 14 años (% hogares)</b>		17.3%	
<b>Nivel de estudios:</b>			
Sin estudios	12.7	9.7	1.57**
Estudios primarios	33.3	41	29.97**
Estudios medios	34	31.3	45.37**
Estudios superiores	20	17.3	23.3
No sabe/no contesta		0.7	
<b>Situación laboral:</b>			
Trabaja	41.7	43	43.7**
Desempleado	10.7	13.7	11.7**
Población no activa:			44.7**
Pensionista	30.7	25	
Tareas domésticas	10.3	12	
Otras	6.3	5.7	
<b>Renta personal</b>			
<500 euros	15.3	20.3	
500-1000 euros	20.3	23	
1000-1500 euros	28	23	
1.500-2000 euros	24	20.3	
2000-3000 euros	9.7	8.3	
3000-4000 euros	2.3	4	
>4000 euros	0.3	1	
<b>Renta familiar</b>			
<500 euros	2	3.3	6.5***
500-1000 euros	18.3	17	16.7***
1000-1500 euros	27.3	26	20.4***
1.500-2000 euros	21	17.7	16.5***
2000-3000 euros	13.7	18	22.6***
3000-4000 euros	4.7	3	10.2***
>4000 euros	0.7	2.7	7.1***
<b>Persona cercana con problemas(%)</b>	20	24	
<b>Consumo propio</b>			
No bebe ni ha bebido nunca	21	19.3	
Ha bebido esporádicamente	40	34.3	
Bebe semanalmente	29	31	
Bebe diariamente	8	11.7	
Bebe en exceso			
No bebe, pero ha bebido en exceso	2	3.7	

Los datos oficiales fueron extraídos del Padrón Municipal\*, de la Encuesta de Población Activa (2ª trimestre 2012) \*\* y de la Enquisa de condicions de vida das familias (2010)\*\*\*

## Estimación de utilidades

### *Media y mediana de las utilidades de las tarjetas*

La tabla 3.4 muestra las medias de las utilidades de cada una de las nueve tarjetas para los 300 participantes. Como se puede observar, aunque en media ningún estado es considerado peor que la muerte (lo que supondría tener un valor negativo), existe una gran variabilidad entre ellos. Así, la diferencia entre la utilidad asociada a la tarjeta más valorada (0.779) y la asociada a la menos valorada (0.090), es de 0.689. Con estos valores medios, se puede establecer un ranking de tarjetas de la más preferida a la menos preferida: 9, 5, 3, 4, 7, 8, 1, 2 y 6.

**Tabla 3.4. Media de los índices de utilidad de las tarjetas**

	Media	Desviación estándar
Tarjeta 1	0.403	0.603
Tarjeta 2	0.301	0.619
Tarjeta 3	0.660	0.425
Tarjeta 4	0.613	0.430
Tarjeta 5	0.712	0.355
Tarjeta 6	0.090	0.640
Tarjeta 7	0.573	0.470
Tarjeta 8	0.437	0.584
Tarjeta 9	0.779	0.363

Como se puede observar, a nivel agregado se cumplen todos los test de dominancia, apoyando la *consistencia interna* de las respuestas. Los test de medias realizados confirman que la utilidad de la tarjeta 9 es significativamente mayor que la utilidad de las tarjetas 1, 2, 7 y 8; y que la utilidad de la tarjeta 6 es menor que las utilidades de las tarjetas 3, 4, 5, 7 y 9 ( $p < 0.001$ ). Respecto al análisis a nivel individual, se ha obtenido que un 70% de la muestra cumple todos los test de dominancia y que un

15.33% solo incumple uno de los test. Por lo tanto, existe una consistencia del 85.33% en las respuestas, porcentaje que podemos considerar como muy alto.

### *Índices de utilidad de las dimensiones*

A partir de las utilidades de las tarjetas valoradas directamente se puede obtener, mediante la estimación de la ecuación 2, los índices de utilidad asociados a cada dimensión y, por tanto, el valor de las restantes tarjetas. La tabla 3.5 presenta los resultados de dicha estimación. Todos los parámetros son significativos a la hora de determinar la utilidad asociada a una tarjeta.

**Tabla 3.5. Estimación mediante doble lotería de las pérdidas de utilidad de los diferentes niveles de las dimensiones**

	Coefficiente	Importancia Relativa
<b>Consecuencias familiares:</b>		
(Ref: Apenas)		31.3%
• Moderadas	-0.181*	
• Graves	-0.281*	
<b>Consecuencias físicas:</b>		
(Ref: Apenas)		36.4%
• Moderadas	-0.075*	
• Graves	-0.297*	
<b>Consecuencias psíquicas:</b>		
(Ref: Apenas)		20.5%
• Moderadas	-0.081*	
• Graves	-0.226*	
<b>Consecuencias sociales:</b>		
(Ref: Apenas)		11.7%
• Moderadas	-0.050*	
• Graves	-0.167*	
<b>Constante</b>	0.960*	

Nº individuos: 300

Nº observaciones: 2700

\* Significación estadística al 1%

Los resultados también apoyan la *validez teórica* del modelo, puesto que los coeficientes tienen el signo y la dirección esperada. Como se puede observar, todos los parámetros presentan signo negativo, indicando que el padecer cualquiera de los problemas señalados resta utilidad respecto a una situación en la cual no se presentan dichos problemas. Además, en cada una de las dimensiones, el grado de desutilidad va aumentando a medida que se incrementan la intensidad de los problemas.

Respecto al peso de cada una de las situaciones posibles, se observa que los problemas de salud graves son los menos preferidos, dado que generan la mayor pérdida de utilidad. Le siguen los problemas familiares graves, los psíquicos graves, los familiares moderados y los sociales graves. El resto de niveles presentan desutilidades claramente inferiores. La tabla también muestra la importancia relativa de cada dimensión. Como se puede observar, los problemas de salud físicos son los que tienen una mayor importancia relativa para los entrevistados, ocupando los problemas sociales la última posición.

A partir de las estimaciones de la tabla 3.5, se puede obtener el valor agregado de cualquier estado de dependencia alcohólica, siguiendo la ecuación 2. Así, el valor de cualquier tarjeta será igual a la constante más los parámetros asociados a los niveles que la definen. Por ejemplo, el valor del estado donde todas las dimensiones se encuentran en un nivel moderado (1111) recibiría una valoración de 0,573.

### **Análisis de validez adicionales**

A lo largo de la exposición de los resultados ya hemos analizando la consistencia interna de las respuestas y la validez teórica del modelo estimado. A continuación presentaremos los análisis de validez más novedosos de este trabajo.

#### *Control del sesgo de orden*

La tabla 3.6 muestra el resultado de la estimación de utilidades para cada uno de los formatos en relación con el orden en que se presentaron las dimensiones. En el formato 1 las tarjetas mostraban en primer lugar las consecuencias familiares, seguidas de las consecuencias sobre la salud física y psíquica y finalizando con las sociales. En el formato 2 estas dimensiones estaban en orden inverso. La desutilidad asociada a cada uno de los niveles de las dimensiones es mayor cuando se encuentra en las primeras posiciones y menor cuando ocupa las últimas. Por ejemplo, los problemas familiares proporcionan una mayor pérdida de utilidad cuando ocupa la primera

posición (formato 1) que cuando ocupa la última (formato 2).

**Tabla 3.6. Estimación de los índices de utilidad en los distintos formatos en base al orden de presentación de las dimensiones**

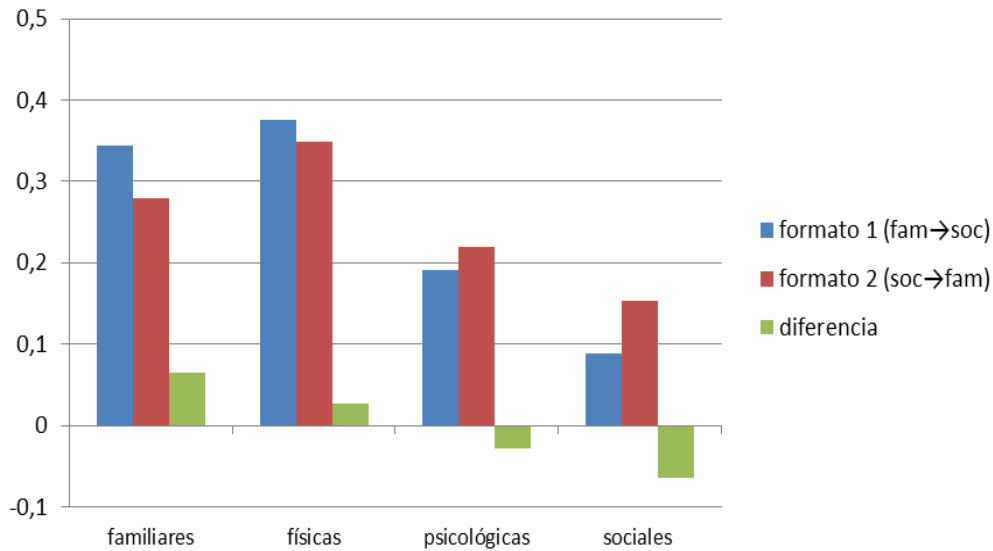
	Coefficiente formato 1	Coefficiente formato 2	Estimación conjunta
<i>Consecuencias familiares:</i> (Ref: Apenas)			
Moderadas	-0.196***	-0.165***	
Moderadas*formato1			-0.194***
Moderadas*formato2			-0.167***
Graves	-0.299***	-0.262***	
Graves*formato1			-0.297***
Graves*formato2			-0.264***
<i>Consecuencias físicas:</i> (Ref: Apenas)			
Moderadas	-0.086***	-0.063***	
Moderadas*formato1			-0.084***
Moderadas*formato2			-0.065***
Graves	-0.309***	-0.284***	
Graves*formato1			-0.307***
Graves*formato2			-0.286***
<i>Consecuencias psíquicas:</i> (Ref: Apenas)			
Moderadas	-0.084***	-0.078***	
Moderadas*formato1			-0.082***
Moderadas*formato2			-0.080***
Graves	-0.222***	-0.230***	
Graves*formato1			-0.220***
Graves*formato2			-0.232***
<i>Consecuencias sociales:</i> (Ref: Apenas)			
Moderadas	-0.045*	-0.055**	
Moderadas*formato1			-0.043*
Moderadas*formato2			-0.057**
Graves	-0.147***	-0.189***	
Graves*formato1			-0.145***
Graves*formato2			-0.191***
Constante	0.971***	0.949***	0.960***
Nº individuos:	156	144	300
Nº observaciones:	1404	1296	2700

\*Significación estadística al 10%, \*\*al 5%, \*\*\* al 1%



Esto podemos verlo de forma más clara en la figura 3.6, en la cual se muestra la importancia relativa de cada una de las dimensiones según el formato. Como se puede ver en este gráfico, el orden en el que se presentan las dimensiones no influye en el ranking de dimensiones. Independientemente del formato, las consecuencias en la salud física es la dimensión más relevante, seguida de las consecuencias familiares y sobre la salud psíquica y finalizando con las consecuencias sociales. Sin embargo, el valor que toma la importancia relativa sí que experimenta cambios en la dirección esperada. Así, los problemas familiares y de salud física, que aparecían en primer y segundo lugar en las tarjetas del formato 1, pierden peso cuando aparecen en la posición cuarta y tercera, respectivamente (formato 2). Lo contrario ocurre con los problemas sociales y los psíquicos, ganando peso en el formato 2, respecto al formato 1. Como se puede observar, la diferencia, en valor absoluto, es mayor en aquellas dimensiones que experimentan un mayor salto en el orden (consecuencias familiares y sociales) respecto a las que experimentan una menor variación. Estos resultados respaldan la decisión de invertir el orden de las tarjetas en la mitad de la muestra con el fin de suavizar este sesgo de orden. Así la sobrevaloración derivada de estar en las primeras posiciones en el formato 1, se verá en gran medida compensada con la infravaloración derivada de ocupar las últimas posiciones en el formato 2.

**Figura 3.6. Importancia relativa de las dimensiones según el formato 1 y 2**



Para profundizar en la significatividad de las diferencias encontradas, se realiza una estimación de la ecuación 3.2, introduciendo la interacción de cada uno de los niveles de las dimensiones, con cada uno de los formatos (ver estimación conjunta de la tabla 3.6). A continuación, para cada dimensión, se analiza si los parámetros asociados a sus niveles son significativamente mayores cuando dicha dimensión ocupa los primeros puestos, que cuando ocupa los últimos. Por ejemplo, se analiza si el parámetro asociado a *moderados\*formato1* en *familiares* es significativamente mayor que el asociado a *moderados\*formato2*. Por el contrario se analiza si el parámetro asociado a *moderados\*formato2* en *sociales* es significativamente mayor que el asociado a *moderados\*formato1*. Los test realizados muestran que los parámetros asociados a problemas sociales graves son significativamente mayores en el formato 2 que el 1. El resto de contrastes no muestran diferencias significativas.

#### *Validez convergente*

Como ya ha sido comentado, para valorar la validez convergente de la doble lotería, se

analiza el grado de correlación entre el orden de las 9 tarjetas resultante de aplicar este método, con la ordenación agregada resultante de aplicar el *rank-ordered logit* a la ordenación directa realizada por los participantes. Los resultados de estimar el *rank-orderd logit* se muestran en la tabla 3.7. Al igual que ocurría con los resultados de la tabla 3.5 los parámetros muestran el signo y la dirección esperada. A partir de los valores estimados de los parámetros se puede obtener las valoraciones de cada una de las tarjetas valoradas. Sin embargo, dichas valoraciones tienen una interpretación diferente de las resultantes de aplicar los parámetros de la doble lotería (tabla 3.5). En la doble lotería dichos valores son las utilidades asignadas a cada una de los estados de salud. Así, si una tarjeta, A, tiene una valoración de 0.2,  $U(A)=0.2$ , esto quiere decir que en una escala donde 0 es el estado de muerte y 1 corresponde con buena salud, esta tarjeta tiene un valor de 0.2. Dichos valores tiene propiedades de *escala intervalo*, esto es, dados dos estados, los números no sólo nos permiten conocer qué estado es mejor, sino también cuánto mejor es. Siguiendo con el ejemplo planteado, si otra tarjeta, B, tiene una valoración de 0.4, no solo podremos decir que  $U(B)>U(A)$ , sino que B tiene el doble de utilidad que A. Sin embargo, los valores de los estados obtenidos a partir de las ordenaciones realizadas por los participantes tienen una escala diferente y sólo tienen un sentido *ordinal*. Esto es, sólo permiten establecer el orden de preferencia de los estados de salud (tanto de los 9 directamente valorados como de los restantes). Por ejemplo, si a partir de los parámetros se obtiene que la tarjeta A recibe una valoración de -4 y la tarjeta B de -2, lo único que podremos decir es que el estado correspondiente a la tarjeta B es más preferido que el que describe la tarjeta A.

**Tabla 3.7. Resultados del rank-ordered logit**

	Coefficiente	Error estándar
<b>Consecuencias familiares (Ref: Apenas)</b>		
Moderadas	-0.691 *	0.068
Graves	-1.474 *	0.073
<b>Consecuencias físicas (Ref: Apenas)</b>		
Moderadas	-0.532 *	0.063
Graves	-1.311 *	0.071
<b>Consecuencias psíquicas (Ref: Apenas)</b>		
Moderadas	-0.461 *	0.064
Graves	-0.855 *	0.066
<b>Consecuencias sociales (Ref: Apenas)</b>		
Moderadas	-0.468 *	0.064
Graves	-0.677 *	0.066

Nº individuos: 230

Nº observaciones: 2070

(\*) Significación estadística al 1%

Por tanto, para analizar la validez convergente se estudia el grado de correlación entre la ordenación de las 9 tarjetas obtenidas con los dos métodos. Es necesario aclarar que, para dicha comparación, es más adecuado comparar los mismos individuos, con lo cual se ha tenido que volver a obtener los parámetros de la tabla 3.5 considerando únicamente los 230 participantes que realizaron la ordenación. La ordenación resultante coincide con la obtenida con todos los individuos (que se puede obtener de la tabla 3.4 o derivarse a partir de las estimaciones de la tabla 3.5). Paralelamente, el orden de las 9 tarjetas (de más a menos preferido) resultante de aplicar los parámetros de la tabla 3.7 es el siguiente: 9, 5, 3, 4, 7, 8, 1 2, 6. Como se puede observar, dicho orden coincide con el resultante de la doble lotería (tabla 3.4).

Un análisis más exigente es analizar a nivel individual el grado de correlación (coeficiente de correlación de Spearman) entre la ordenación directa y el resultante de la lotería, calculando posteriormente la media de estos valores. La media del coeficiente de correlación es de 0.60 si consideramos los 230 individuos y de 0.66 si solo tenemos en cuenta los que no incumplen ningún test de dominancia. Este resultado es relativamente bajo si lo comparamos con los resultados agregados que

proporcionaban una correlación de 1. Existen al menos dos razones que pueden justificar estos resultados. En primer lugar, los participantes en la lotería no valoran las tarjetas conjuntamente (como sí ocurre cuando las ordenan), sino que estas son proporcionadas aleatoriamente. Por tanto, al igual que ocurría con la consistencia interna, resulta más fácil cometer errores aleatorios. En segundo lugar, existe una razón técnica que podría introducir un sesgo a la baja en la correlación. Mientras que a partir de la ordenación directa podemos saber siempre si una tarjeta es preferida a la otra, esto no ocurre para la ordenación resultante de la lotería. Se debe recordar que a partir de la encuesta se obtiene un intervalo, a partir del cual se selecciona el valor medio. Por tanto, es frecuente que a distintos estados se le asigne el mismo intervalo y, por tanto, reciban la misma valoración. Obviamente esto puede ocurrir aunque un estado sea preferido a otro. Como consecuencia de ello podría existir una correlación perfecta entre las dos ordenaciones y, sin embargo, la correlación sea menor que 1 como resultado de este ajuste.

#### *Consistencia de las respuestas al cambio de formato de la lotería*

Como ya ha sido comentado, para analizar la consistencia de las respuestas se han realizado 300 entrevistas adicionales. En la tabla 3.3 se puede ver que dicha muestra (en la que se ha aplicado el formato 75/25 y formato 25/75), presenta características socioeconómicas muy similares a la muestra base en la cual se ha aplicado el formato 50/50. La homogeneidad de ambas muestras sugiere que, en caso de encontrar diferencias sistemáticas entre ambos métodos, estas tendrían como principal causa el cambio de formato.

La tabla 3.8 muestra los resultados obtenidos al analizar la consistencia de las respuestas al cambio de formato. Para cada una de las tarjetas se muestra el porcentaje de entrevistados que asignan utilidades inferiores a las evaluadas, según el formato utilizado. Por ejemplo, el porcentaje de participantes que asignó a la tarjeta 5 un valor menor que 0.4 fue del 13.07% en el formato 75/25, del 15.48% en el formato 50/50 y

del 17.69% en el formato 25/75. Para analizar si existen diferencias significativas entre las distribuciones de las utilidades en los tres formatos se ha realizado el contraste de Kolmogorov-Smirnov. Para cada tarjeta se ha contrastado si existen diferencias significativas entre las distribuciones de los formatos 50/50 y 75/25, 50/50 y 25/75, y 75/25 y 25/75. No se han encontrado diferencias significativas entre ninguno de los 3 formatos excepto en 5 ocasiones: para las tarjetas 1, 6, 7 y 9, el formato 75/25 proporciona valores mayores que el formato 25/75 (en una ocasión al 5% de significatividad y en las restantes al 10%) y para la tarjeta 5 el formato 75/25 da valores mayores que el 50/50 (al 5% de significatividad).

También se ha contrastado si el porcentaje de veces que un estado es considerado mejor que la muerte cambia significativamente según el formato. Para ello se ha realizado un contraste de proporciones en el cual se contrasta que dicho porcentaje es igual frente a la alternativa de que sea distinto. Esto se ha realizado para cada tarjeta y para cada par de formatos ( $F_{50/50}$  vs.  $F_{75/25}$ ;  $F_{50/50}$  vs.  $F_{25/75}$ ;  $F_{75/25}$  vs.  $F_{25/75}$ ). De los 27 contrastes realizados ninguno sale significativo. Esto es, el formato utilizado no tiene ninguna influencia en la probabilidad de que un estado sea considerado mejor o peor que la muerte.

**Tabla 3.8. Distribución de las utilidades según tarjeta y formato de lotería**

Formato		Participantes que asignan utilidades menores que la indicada (%)								
		U<-0.8	U<-0.6	U<-0.4	U<-0.2	U<0	U<0.2	U<0.4	U<0.6	U<0.8
Tarjeta 1	F <sub>75/25</sub>	7.84	10.46	13.07	13.73	16.34	24.18	32.03	37.25	70.59
	F <sub>50/50</sub>	7.10	8.39	10.97	13.55	16.77	25.16	35.48	47.74	76.77
	F <sub>25/75</sub>				12.93	14.97	29.93	39.46	53.74	84.35
Tarjeta 2	F <sub>75/25</sub>	13.07	15.03	16.99	17.65	19.61	36.60	46.41	48.37	73.20
	F <sub>50/50</sub>	8.39	10.32	12.26	14.84	21.29	30.32	42.58	54.84	78.06
	F <sub>25/75</sub>				16.33	19.05	32.65	41.50	51.70	84.35
Tarjeta 3	F <sub>75/25</sub>	0.65	3.27	4.58	5.23	6.54	12.42	15.03	22.88	58.17
	F <sub>50/50</sub>	3.23	3.23	3.87	4.52	7.74	16.77	21.94	33.55	57.42
	F <sub>25/75</sub>				6.80	7.48	14.97	21.09	31.97	64.63
Tarjeta 4	F <sub>75/25</sub>	5.23	5.23	9.15	9.80	10.46	22.88	30.07	35.29	64.71
	F <sub>50/50</sub>	3.87	3.87	3.87	6.45	8.39	16.13	22.58	37.42	69.03
	F <sub>25/75</sub>				7.48	10.88	19.73	29.25	38.78	70.75
Tarjeta 5	F <sub>75/25</sub>	1.96	1.96	3.27	3.27	4.58	9.15	13.07	15.69	49.67
	F <sub>50/50</sub>	1.94	3.23	3.23	3.87	4.52	9.03	15.48	29.68	57.42
	F <sub>25/75</sub>				6.12	6.80	12.93	17.69	27.21	59.86
Tarjeta 6	F <sub>75/25</sub>	13.73	20.92	25.49	30.72	39.22	56.21	60.13	64.05	75.16
	F <sub>50/50</sub>	12.90	23.87	25.16	32.90	40.65	52.90	60.65	70.32	84.52
	F <sub>25/75</sub>				31.97	37.41	51.70	57.82	70.75	89.12
Tarjeta 7	F <sub>75/25</sub>	5.88	7.84	9.80	10.46	11.76	22.22	26.80	32.68	62.09
	F <sub>50/50</sub>	1.29	2.58	3.87	5.16	9.03	16.13	27.10	41.29	64.52
	F <sub>25/75</sub>				8.16	12.24	20.41	29.25	46.26	74.15
Tarjeta 8	F <sub>75/25</sub>	7.84	10.46	11.76	11.76	15.03	28.76	37.91	43.14	69.28
	F <sub>50/50</sub>	5.81	7.10	8.39	12.26	15.48	21.29	30.97	44.52	70.32
	F <sub>25/75</sub>				11.56	15.65	24.49	38.10	50.34	78.23
Tarjeta 9	F <sub>75/25</sub>	2.61	2.61	3.92	4.58	5.23	8.50	9.80	13.73	32.68
	F <sub>50/50</sub>	1.29	1.29	1.29	1.94	4.52	7.74	11.61	17.42	34.19
	F <sub>25/75</sub>				4.76	6.80	10.20	12.93	21.77	45.58

### **3.4. Discusión**

Una de las principales aportaciones de este estudio se refiere a la estimación de utilidades de múltiples perfiles de pacientes con dependencia alcohólica. En los estudios previos que hemos localizado se evalúa la dependencia alcohólica como una entidad homogénea (Jarl et al 2008, UKATT 2005, Parrott et al 2006, Jeanrenaud 2007) o se tienen en cuenta escasos escenarios: tener o no tener comorbilidad psiquiátrica (Saarni et al. 2007), cuatro niveles definidos por la cantidad de síntomas o gravedad del problema (Sanderson et al. 2004), diferenciar la dependencia alcohólica con problemas sociales, de la dependencia alcohólica con trastornos psicoorgánicos graves y del consumo de riesgo (Stouhard et al. 2000), o diferenciar cuatro estados relacionados con el consumo excesivo de alcohol (consumo de riesgo, abuso, dependencia y dependencia en remisión) (Kraemer et al. 2005). La gran variabilidad en los resultados obtenidos por las 9 tarjetas directamente valoradas y, por lo tanto, de los 81 perfiles distintos de dependencia alcohólica, representa, en nuestra opinión, la confirmación de la importancia de este enfoque heterogéneo a la hora de conceptualizar la dependencia alcohólica.

Aunque nuestro estudio permite valorar muchos más escenarios que los encontrados en la literatura, consideramos relevante comparar nuestros resultados con los obtenidos por Kraemer et al (2005) puesto que es el estudio con mayores similitudes metodológicas, fundamentalmente por utilizar la lotería como herramienta de medida y por utilizar una muestra que no es de expertos sino de población general (aunque no representativa). Dicha comparación arroja valores similares. La utilidad asignada al estado de dependencia alcohólica en Kraemer et al. es de 0,67 (cuando utiliza la lotería normalizada). Dicho estado de salud se correspondería con una situación en la cual, además de reunir algunos criterios diagnósticos del DSM-IVR, predominantemente psíquicos, se presentaban algunos problemas familiares y de salud, pero no problemas sociales. La utilidad obtenida por nosotros para un perfil de dependencia que podemos



considerar similar (concretamente la tarjeta 1110) es de 0,62. También podemos comparar lo que Kraemer et al. consideran abuso de alcohol (que lo definen como beber a pesar de los problemas que le ocasiona, fundamentalmente algunos problemas de salud física y en el trabajo) con aquellas tarjetas en las cuales existen problemas moderados de salud física, de salud psíquica y sociales. Dado que no tenemos información sobre los problemas familiares consideramos que éstos pueden ser inexistentes o tener problemas moderados (tarjeta 0111 o tarjeta 1111). A dicha situación Kraemer et al. le asignan una valoración de 0.75, la cual coincide con la valoración que nosotros obtenemos para la tarjetas 0111, pero al incluir los problemas familiares moderados (tarjeta 1111), la utilidad desciende a. 0,57, lo que nos permite incidir una vez más en la importancia de evaluar diferentes perfiles de alcohólicos.

Además de poder evaluar un amplio abanico de estados de dependencia, otra ventaja de nuestro estudio es que permite valorar la importancia de las diferentes dimensiones que conforman dicha patología (consecuencias familiares, de salud física, de salud mental y sociales). Las estimaciones muestran que las consecuencias físicas son las más importantes, aunque seguidas muy de cerca por la familiares. En tercer lugar estarían las consecuencias psíquicas y en cuarto lugar las sociales. Curiosamente, dicha ordenación es muy similar a la proporcionada por los grupos focales (solo se invierte el orden entre las consecuencias familiares y de salud).

Otra aportación relevante de nuestro estudio es la utilización de la doble lotería como herramienta de obtención de utilidades, la cual, como ya ha sido mencionado, suaviza el efecto “suelo” de la lotería normalizada. Dada su escasa utilización en el ámbito de la salud, hemos considerado relevante realizar un contraste de validez adicional con respecto al formato de esta doble lotería, lo cual supone un valor añadido de este estudio. En este sentido, destacamos la robustez de nuestros resultados, puesto que el cambio de formato de lotería no ha provocado diferencias significativas salvo en escasas comparaciones. Asimismo no se observan diferencias significativas entre los formatos a la hora de considerar a un estado mejor o peor que la muerte, ni existen

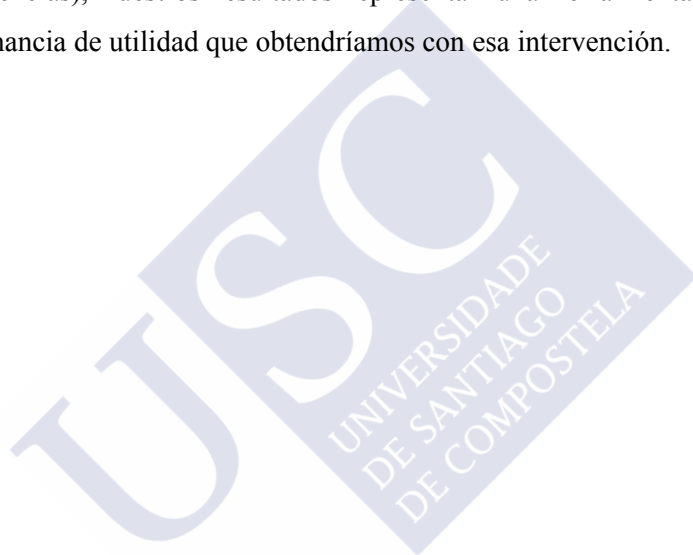
diferencias en la función de distribución de las utilidades de las tarjetas utilizadas salvo en 5 de los 27 contrastes realizados.

Desde el punto de vista metodológico, también contribuye a la robustez de nuestros resultados la escasa influencia que ha tenido en el peso de cada dimensión el orden que ésta aparecía en las tarjetas. Solo la pérdida de utilidad asociada a los problemas sociales graves es significativamente mayor cuando son mostrados en primer lugar que cuando aparecen en el último. En todo caso, entendemos que este sesgo se suaviza al cambiarlas de orden, tal y como hemos hecho en nuestro estudio.

Teniendo en cuenta las dimensiones analizadas, podría cuestionarse que estemos midiendo exclusivamente efectos intangibles. Así, aunque en las dimensiones analizadas predomina lo intangible, en alguna de ellas los encuestados podrían estar valorando aspectos tangibles (pérdida de ingresos, coste de los tratamientos,...). Tal y como se muestra en el cuestionario del anexo 4, hemos tratado de eliminar este efecto diciéndole al encuestado que supusiese que la situación mostrada en las tarjetas apenas le ha generado disminución de su renta, bien porque no ha tenido consecuencias sobre su trabajo, porque nunca trabajó, o porque recibe una ayuda social que compensa la pérdida. Suponemos que de esta forma se han eliminado la posible inclusión de los problemas laborales en la dimensión social. En cuanto a las consecuencias en la salud física y mental, que puede implicar coste sanitario, hay que tener en cuenta que en los sistemas sanitarios que, como en el español, son universales y con escasos copagos, apenas se producen gastos sanitarios privados (que serían costes tangibles directos). Por tanto, consideramos que son los costes intangibles los que prevalecen cuando se valoran éstas dos dimensiones.

Con respecto a la aplicabilidad de estos resultados, pensamos que el aspecto más relevante es proporcionar índices de utilidad, susceptibles de ser incorporados en una evaluación económica, concretamente en los análisis coste-utilidad. Desde el punto de vista social, pero también clínico, parece cada vez más importante incorporar las

diferentes consecuencias intangibles de la dependencia alcohólica. En este trabajo se proponen y cuantifican dimensiones que van más allá de las estrictamente clínicas, integrando aspectos sociales que, en las adicciones en general, y en el alcoholismo en particular, son de gran relevancia. Por otra parte, al haber estimado el peso relativo de cada una de las dimensiones (y de sus respectivos niveles), permite analizar de forma más precisa el resultado de diferentes políticas. Por ejemplo, si se planteara proporcionar un programa de intervención y apoyo familiar a un caso concreto de dependencia alcohólica con importantes problemas familiares (sin apenas otras consecuencias), nuestros resultados representan una herramienta precisa para estimar la ganancia de utilidad que obtendríamos con esa intervención.





## ***CAPITULO 4***

# ***Estimación de los costes intangibles mediante valoración contingente desde una perspectiva social***

---

### ***4.1. Introducción***

Los costes intangibles asociados al abuso de sustancias en general, y a la dependencia alcohólica en particular, representan una parte muy importante, sino la mayor, de los costes asociados a dichas patologías. Estos costes abarcan, tanto los efectos sobre la salud física y psicológica del dependiente, como los efectos sociales que dichas situaciones generan. Sin embargo, a pesar de su importancia pocos estudios incorporan dichos costes. Los dos principales argumentos aducidos para no incorporar estos costes intangibles son la falta tanto de datos disponibles como de una adecuada metodología de análisis (Rehm et al. 2006). Sin embargo, aunque es cierto que existen escasos estudios que cuantifiquen dichos costes, sí que existen metodologías adecuadas para su medición, tal como propone el manual de buenas prácticas para la

estimación de los costes del alcohol de la OMS (Moller y Matic 2010). En dicho documento se señala que para realizar una evaluación económica completa acerca de esta patología podemos utilizar diferentes metodologías, destacando el análisis coste utilidad y el análisis coste beneficio. Así, podemos medir el impacto sobre la calidad de vida relacionada con la salud calculando la pérdida de años de vida ajustados por calidad (AVACs) que comporta padecer esta patología. Este tipo de análisis se ha realizado en los capítulos 2 y 3 de esta tesis. En el capítulo 2 el cálculo de AVACs se realizaba de forma indirecta utilizando el cuestionario SF-6D. En el capítulo 3 se utilizaba el método directo de la doble lotería, calculando la pérdida de AVACs para diferentes perfiles de dependencia alcohólica. Los resultados obtenidos pueden ser integrados en un análisis coste utilidad.

Por otro lado, podemos realizar una valoración monetaria del impacto de padecer una dependencia alcohólica y, por lo tanto, del beneficio obtenido por tratar esta patología, lo que permite su utilización en un análisis coste beneficio. Los análisis coste beneficio asignan un valor monetario a bienes como la salud, para los cuales no hay un precio de mercado. También permiten cuantificar otros efectos, además de los provocados en la salud del dependiente, como son el dolor y el sufrimiento generados por esta patología.

La metodología habitualmente utilizada en este tipo de estudios es la denominada valoración contingente, utilizando la disposición a pagar (DAP) como técnica de medición. La DAP permite valorar una pérdida de salud a partir de la cantidad máxima que una persona estaría dispuesta a pagar por eliminar o prevenir dicho problema. En nuestro contexto, la aplicación del método de la DAP permite valorar los costes intangibles de la dependencia alcohólica mediante la cantidad máxima que una persona está dispuesta a pagar por reducir, eliminar o evitar dicha situación. Esta técnica comenzó a utilizarse para valorar opciones medioambientales (Davis 1963), teniendo un rápido desarrollo gracias, entre otras razones, a un creciente interés institucional en la medición de los beneficios de las inversiones públicas. La

fiabilidad de esta técnica y su estandarización fue el objetivo de un panel de expertos reunido por la National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA) que realizó una serie de recomendaciones (Arrow et al. 1993) que todavía siguen vigentes. Su aplicación para estimar beneficios en la salud, iniciada con los trabajos pioneros de Acton (1975), ha tenido un notable auge, tanto en valoración de consecuencias en la salud, como en procedimientos. Sin embargo, apenas existen estudios realizados en el campo de las drogodependencias. Con respecto a las drogas ilegales, destaca los trabajos de Tang et al. (2007) y de Bishai et al. (2008). En el estudio de Tang et al., realizado en población general de Taiwan, se realizó una entrevista telefónica, donde se les preguntaba la DAP por un programa poblacional de atención a las drogodependencias. La modalidad de pregunta fue de elección binaria doble, en la que se le presentaba inicialmente si estaban dispuestos a pagar una determinada cantidad de dinero. Las cantidades aleatoriamente repartidas entre los participantes, fueron 50, 100, 200 y 400 dólares taiwaneses. Según la respuesta obtenida, se doblaba (si contestaba sí) o reducía a la mitad (si contestaba no) la cantidad de dinero. La desventaja de este tipo de medida es que puede producirse un sesgo de punto de partida o un sesgo de rango (Donaldson et al. 1997). En el estudio de Bishai et al. (2008), realizado en una muestra de 245 sujetos heroínómanos de Baltimore (USA), se obtenía la DAP por distintos programas de tratamiento. Los programas se diferenciaban en el precio (0\$, 5\$, 25\$, 40\$, 60\$ o 100\$), la duración del efecto, medido en tiempo libre de heroína (3, 6 o 24 meses) y la posibilidad o no de un seguimiento.

En el caso del consumo de alcohol, solo hemos encontrado un estudio (Jeanrenaud y Pellegrini, 2007), realizado en una muestra de 236 sujetos de población general de la zona francófona de Suiza. Mediante una entrevista personal, generalmente en el propio domicilio del entrevistado, se les planteaba un único escenario hipotético en el cual tenían que suponer que convivían con un familiar alcohólico. A continuación, se les preguntaba por la DAP por un tratamiento que eliminaba todos los síntomas. Para

obtener la DAP se le ofrecía un cartón de pagos con un mínimo pago mensual de 0 francos suizos y un máximo de 4000.

Este estudio no discrimina entre diferentes perfiles de pacientes con dependencia alcohólica, ignorando la gran heterogeneidad que puede existir entre los individuos que padecen dicha patología. El objetivo de este capítulo y del siguiente es aportar nueva evidencia sobre los costes intangibles de la dependencia alcohólica utilizando como herramienta la DAP. En este capítulo se adopta la perspectiva social en el análisis. Así, a partir de una encuesta realizada a una muestra de la población general, se le plantea a los entrevistados diferentes perfiles de dependencia y se obtiene la DAP por un tratamiento curativo. En el siguiente capítulo se adopta la perspectiva de los propios pacientes, obteniendo la DAP por un tratamiento que les permite superar su dependencia.

## **4.2. Material y métodos**

### **Muestra**

La muestra fue reclutada entre la población general adulta de la Comunidad Autónoma de Galicia, siguiendo los criterios habituales para que se cumplan criterios de representatividad. Básicamente se realizó un muestreo estratificado aleatorio en cuatro etapas, con ajuste final de cuotas por género y edad. Se excluyeron a aquellos sujetos que se negaron a ser encuestados, que presentaban una discapacidad que impedía su participación o que no podían ser encuestados por estar ingresados, de viaje o por cualquier otra circunstancia en relación con no estar en su domicilio en el período de inclusión. A los 300 sujetos incluidos en la muestra, se les entrevistó personalmente en su domicilio. Tanto el muestreo como el trabajo de campo fueron realizados por una empresa especializada en la realización de este tipo de entrevistas, que utilizó 6 encuestadores profesionales entrenados expresamente por para la realización correcta



de este cuestionario.

### **Identificación de dimensiones y niveles de la dependencia alcohólica**

Dado que el objetivo de este capítulo es valorar monetariamente los costes intangibles de las diferentes dimensiones de la dependencia alcohólica, la primera tarea fue identificar las dimensiones más relevantes de esta enfermedad y los diferentes niveles en que se pueden presentar. La identificación de las dimensiones y sus niveles ya fue explicada en el capítulo 3 (ver el epígrafe *Identificación de las dimensiones y de los estados de dependencia alcohólica*) y en el anexo 2. Básicamente, se identificaron integrando los resultados de dos grupos focales, uno formado por profesionales que trabajan en una Unidad de alcoholismo y otro formado por pacientes. Las dimensiones seleccionadas fueron los problemas familiares, de salud (física y psíquica) y sociales. Para cada una de estas dimensiones se establecieron tres niveles (ver tabla 3.1 del capítulo 3 para una descripción completa de las dimensiones y sus niveles). La combinación de dimensiones y niveles proporciona 81 perfiles de pacientes distintos. Tal y como ha sido mencionado en el capítulo 3, consideramos que la valoración de un estado de dependencia puede obtenerse sumando las valoraciones asignadas a cada una de las dimensiones que lo componen. Este supuesto ha permitido, mediante un diseño ortogonal, reducir a 9 el número de estados de dependencia (tarjetas) finalmente evaluados (ver anexo 3).

### **Instrumento de medida y cuestionario**

Para valorar monetariamente los costes intangibles, utilizamos como herramienta de medida la DAP por tratar un perfil concreto de dependencia alcohólica padecido, hipotéticamente, por el entrevistado. Para ello, se realizó una entrevista personal en el propio domicilio. Dada la naturaleza del cuestionario, consideramos que la entrevista personal, aunque tiene un mayor coste económico, es la que garantiza una mayor calidad de los datos obtenidos. Por una parte, permite aclarar al participante cualquier duda que le surge a lo largo de la entrevista. Por otra parte, con esta modalidad se

obtiene una mayor tasa de respuestas que permiten obtener un menor sesgo en el proceso de selección.

El cuestionario utilizado (ver anexo 4) incluía dos partes. En la primera parte contestaron a las preguntas necesarias para llevar a cabo el contraste de formato que se realizó en el capítulo 3 de esta tesis. En la segunda parte se le entregaba al participante cinco tarjetas, elegidas de forma aleatoria. Solo se le entregaban cinco tarjetas, de las 9 posibles, para evitar un cansancio excesivo del participante que pudiese ocasionar el abandono de la entrevista a mitad de su realización, o una merma considerable de la calidad de los datos obtenidos. La primera tarea que se le pidió fue que ordenara las cinco tarjetas de más a menos preferida, es decir, poniendo en primer lugar aquella tarjeta que para el participante representaba una mejor situación y en último lugar aquella que representa una peor situación.

A continuación se le pedía que se fijase en la primera tarjeta y que supusiese que, por determinadas circunstancias de la vida, él se encontraba en la situación descrita en la tarjeta. Si no recibía ningún tratamiento permanecería en esa situación el resto de su vida. Al buscar la ayuda de un especialista, éste le ofrece dos hipotéticos tratamientos que combinan ayuda psicológica y fármacos. El tratamiento A correspondía a un tratamiento gratuito, con un porcentaje de curación del 80% y un porcentaje de fracaso del 20% (quedando el sujeto en la situación descrita en la tarjeta). El tratamiento B era un tratamiento de pago que garantizaba un éxito del 100% y que debería tomar el resto de la vida. El motivo de plantear un tratamiento que garantiza el 100% de éxito frente a otro que tiene una probabilidad del 80%, fue evitar, en la medida de lo posible, el agotamiento del presupuesto del participante que se podría producir si planteamos un tratamiento que garantiza la curación frente a una situación de no tratamiento. A continuación se le proporcionaba un listado de 16 cantidades de dinero (*cartón de pagos*) entre 5 € y más de 600 € (ver esta hoja de respuestas en el anexo 4). De las 16 cantidades indicadas, el participante debía señalar la cantidad máxima que con seguridad pagaría mensualmente por el tratamiento B (y por tanto

elegiría el tratamiento B y no el A) y aquella cantidad que estaba seguro que no pagaría y, por tanto, elegiría el tratamiento A. Se repetía el proceso con las restantes 4 tarjetas. Esta DAP representa la valoración que para el entrevistado tiene asegurar la curación de su dependencia, ante los diferentes perfiles que dicha dependencia puede generar. Esta valoración sería un valor indeterminado entre la cantidad máxima que estaba dispuesto a pagar y la cantidad que con seguridad no pagaría.

Finalmente, se recogía información sobre las características sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, número de convivientes, número de hijos, nivel de estudios y situación laboral), económicas (nivel de renta personal y de la unidad familiar) y sobre su vivencia con la problemática del alcohol (si tenía algún conocido o familiar con problemas de alcohol y sobre su propio consumo de alcohol).

### **Análisis estadístico**

El principal objetivo de este capítulo es estimar los costes intangibles de la dependencia alcohólica, a partir de la disponibilidad a pagar por un tratamiento que garantiza el 100% de curación, frente a otro gratuito que tiene una probabilidad de éxito del 80%. Dado que se han valorado 9 situaciones distintas, se obtiene la media de la DAP mensual por el tratamiento B, para cada una de las nueve tarjetas evaluadas. Para el cálculo de esta media se utiliza la cantidad máxima que el sujeto pagaría con total seguridad. Es decir, se ha elegido el valor mínimo del intervalo obtenido, adoptando así la postura más conservadora de todas las posibles. A partir de dichas valoraciones, se puede obtener el peso de cada uno de los niveles de las 4 dimensiones, lo cual permitirá obtener el valor de los restantes perfiles de dependencia no directamente evaluados. Para ello realizaremos un análisis de regresión en el cual la variable dependiente es la DAP proporcionada por los entrevistados para cada una de las tarjetas y las variables independientes son los niveles de las dimensiones que tiene cada una de ellas. Se aplicará el modelo de regresión con efectos aleatorios para tener en cuenta que un mismo individuo proporciona 5 respuestas, una para cada tarjeta y,

por tanto, dichas observaciones no son independientes. Así, el modelo estimado será el siguiente:

$$U_{is} = \alpha + \sum_{d=1}^4 \beta_d x_{sd} + u_i + \varepsilon_{ij} \quad [\text{Ecuación 4.1}]$$

donde  $U_{is}$  es la DAP del individuo  $i$  por el escenario  $s$ ;  $X_{sd}$  representa el valor que toma la dimensión  $d$  en el escenario  $s$  (cada una de las cuatro dimensiones estará compuesta por la agregación de 3 variables dummy, una por cada nivel, que tomarán el valor 1 en aquel nivel que esté presente en dicha dimensión y cero en los restantes);  $u_i$  es el error inobservable debido a las diferencias entre los entrevistados y  $\varepsilon_{ij}$  el error debido a las diferencias entre observaciones. Las variables  $\alpha$  y  $\beta_d$  son parámetros a estimar por el modelo. El parámetro  $\alpha$  es la constante del modelo y  $\beta_d$  son los parámetros asociados a cada uno de los niveles. Para poder estimar el modelo se excluye el nivel más leve de cada dimensión, con lo cual los demás niveles se interpretan en relación al nivel excluido.

A partir de los parámetros estimados se puede calcular la *importancia relativa* de cada dimensión (siguiendo el mismo procedimiento que el utilizado en el capítulo 3) y la DAP por todos los perfiles de dependencia que no han sido directamente valorados. Finalmente, se estima dicho modelo incluyendo las características socioeconómicas de los participantes con el objetivo de analizar la posible influencia de dichas variables en la DAP.

## **Análisis de validez**

### *Consistencia interna*

Para analizar la consistencia interna de las respuestas se realizó un test de dominancias. Para realizar este contraste, ya en el capítulo 3 identificamos aquellas tarjetas que claramente dominan a otras, entre las 9 que hemos utilizado.

Consideramos que una tarjeta (dominante) domina a otra (dominada) cuando presenta una mejor situación en una o más dimensiones y no peor en el resto. Como se puede observar en el anexo 3, se dan nueve situaciones de dominancia. Así, la tarjeta 9 domina a las tarjetas 1, 2, 7 y 8; y la tarjeta 6 es dominada por las tarjetas 3, 4, 5, 7 y 9. En estos casos, es de esperar que la DAP asociada a la tarjeta dominante no sea mayor que la que obtenida por la tarjeta dominada.

Los nueve test de dominancias se realizan a nivel agregado y a nivel individual. A nivel agregado se analiza si, ante una situación de dominancia, la DAP media asociada a una tarjeta dominante es significativamente menor que la DAP media de la tarjeta dominada. A nivel individual se analiza, para cada uno de los participantes, si incumple o no cada uno de los test.

#### *Validez teórica*

Para analizar la validez teórica se contrasta si los parámetros estimados en la regresión tienen el signo y la dirección esperada. Dado que la variable excluida de cada dimensión corresponde con el nivel más leve, y que los parámetros de los restantes niveles se interpretan en relación al nivel excluido, es de esperar que todos los parámetros tengan valores crecientes a medida que aumenta la severidad. Es decir, dado que la variable dependiente es la DAP por evitar los problemas asociados a cada tarjeta, es esperable que ésta se incremente a medida que se incrementa la severidad de cada dimensión.

Con respecto a las variables sociodemográficas, existe consenso en cuanto a que lo mínimo que se debe exigir es una correlación positiva entre la disposición a pagar y el nivel de renta, lo que se conoce como criterio de validez de renta. Por tanto, el signo del parámetro de esta variable en el análisis de regresión, será utilizado como contraste de validez.

### *Control del sesgo de orden*

Las respuestas de los encuestados pudieran estar condicionadas por el orden en el cual se presentan las distintas dimensiones en las tarjetas. Al igual que se realizó en el cálculo de las utilidades del capítulo 3, para suavizar este sesgo se utilizaron aleatoriamente dos formatos de tarjeta, que se diferenciaban en el orden en el cual se presentaban las dimensiones. En la mitad de la muestra el orden de las dimensiones fue *familiares, salud física, salud psíquica y sociales*; mientras que a la otra mitad el orden fue el inverso. Este diseño permite testar si existe este sesgo de orden. Siguiendo idéntica metodología que la utilizada en el capítulo 3, se realiza una estimación de la ecuación 4.1 introduciendo la interacción de cada uno de los niveles de las dimensiones con cada uno de los formatos y se analiza si el parámetro asociado a cada uno de los niveles cambia significativamente dependiendo del formato utilizado.

## **4.3. Resultados**

### **Descripción de la muestra**

La muestra de población general está formada por 300 individuos. El análisis descriptivo de dicha muestra puede verse en la segunda columna de la tabla 3.3 del capítulo 3, dado que es la misma muestra que se utilizó para realizar el contraste de formato de lotería de dicho capítulo. Destacamos el hecho de que un 24% de la muestra conoce a una persona cercana o tiene un familiar con problemas de alcohol. Asimismo, ninguna persona de la muestra ha autoinformado de un consumo excesivo propio, aunque hay un 3,67% que niega consumo actual pero reconoce haber bebido en exceso en el pasado, pudiendo corresponder a población con dependencia alcohólica o con consumo perjudicial en remisión.

### Medias de la disponibilidad a pagar

En la tabla 4.1 se muestra el valor medio de la DAP mensual para cada una de las tarjetas evaluadas. Dicho valor oscila en 68.87 € de la tarjeta 9 y 174.07 € de la tarjeta 6.

***Tabla 4.1. Valores medios de la DAP (€ mensuales)***

	DAP Media	Desviación estándar
<b>Tarjeta 1</b>	142.87	157.45
<b>Tarjeta 2</b>	161.45	168.51
<b>Tarjeta 3</b>	87.43	101.61
<b>Tarjeta 4</b>	123.09	152.85
<b>Tarjeta 5</b>	83.70	113.34
<b>Tarjeta 6</b>	174.07	153.24
<b>Tarjeta 7</b>	126.14	144.2
<b>Tarjeta 8</b>	143.16	153.25
<b>Tarjeta 9</b>	68.87	118.51

Como podemos ver en esta tabla, a nivel agregado, los valores de las tarjetas dominantes siempre son mayores que los valores de las tarjetas dominadas, apoyando la consistencia interna de las respuestas. Los test de medias realizados confirman que la DAP por la tarjeta 9 es significativamente menor que la DAP de las tarjetas 1, 2, 7 y 8; y que la DAP por la tarjeta 6 es mayor que la DAP por las tarjetas 3, 4, 5, 7 y 9 ( $p < 0.01$ ). Por otra parte, el porcentaje de cumplimiento del test de dominancias a nivel individual es muy alto: el 96% de los sujetos no cometió ninguna inconsistencia y un 2.67% solo cometió una.

### **Contribución de los niveles y dimensiones a la DAP**

La tabla 4.2 (modelo 1) muestra los resultados de la estimación de la ecuación 4.1. Los parámetros asociados a cada nivel representan la DAP por eliminar dichos problemas. Por tanto, es esperable (validez teórica) signos positivos y crecientes con el nivel de severidad. Todos los parámetros tienen el signo y la dirección esperada excepto los problemas sociales graves, que presenta un valor menor que los problemas sociales moderados. Sin embargo, el test de Wald muestra que ambos parámetros no son significativamente diferentes. Como es habitual en la literatura (Brazier et al., 2004), para obtener un modelo consistente ambos niveles son agregados en un único nivel (modelo 2 de la tabla 4.2). El resto de parámetros apenas experimentan variación. Este será el modelo recomendado para su aplicación y el que comentaremos a partir de ahora.

Como podemos ver, la contribución de las distintas dimensiones y niveles a la cantidad que los encuestados están dispuestos a pagar es desigual, siendo los problemas de salud física graves los que más contribuyen a la DAP, seguidos de los problemas familiares graves (al igual que ocurría en el capítulo 3 cuando se utilizaban los AVACs como instrumento de medición). En cuanto a la importancia relativa, la dimensión referida a los consecuencias físicas tiene una importancia relativa del 41.76%, seguida de los consecuencias familiares con una importancia relativa del 35.45%. Las consecuencias psíquicas y sociales presentan una peso significativamente menor (12.40% y 10.39%, respectivamente).



**Tabla 4.2. Contribución de los niveles de las dimensiones a la DAP**

	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Coefficiente (en €)	IR	Coefficiente (en €)	IR	Coefficiente (en €)	IR
<b>Consecuencias familiares:</b>		<b>35.43%</b>		<b>35.45%</b>		<b>33.08%</b>
(Ref: apenas)						
Moderadas	19.63***		19.59***		18.65***	
Graves	48.44***		48.44***		46.42***	
<b>Consecuencias físicas:</b>		<b>41.71%</b>		<b>41.76%</b>		<b>43.33%</b>
(Ref: Apenas)						
Moderadas	20.77***		20.71***		24.42***	
Graves	51.62***		51.63***		52.43***	
<b>Consecuencias psíquicas:</b>		<b>12.38%</b>		<b>12.40%</b>		<b>12.51%</b>
(Ref: Apenas)						
Moderadas	12.98***		12.87***		11.89***	
Graves	27.81***		27.82***		27.60***	
<b>Consecuencias sociales:</b>		<b>10.48%</b>		<b>10.39%</b>		<b>11.08%</b>
(Ref: Apenas)						
Moderadas	23.30***					
Graves	20.74***					
Moderadas/graves			22.02***		22.56***	
<b>Sexo femenino</b>						
(Ref. hombre)					-48.00***	
<b>Convivientes &lt;14 años</b>						
(Ref.: no tenerlos)					72.65***	
<b>Renta familiar</b>						
					10.75***	
<b>Consumo de alcohol</b>						
(Ref.: no consumo o esporádico)						
Semanal					-30.22*	
Diario					-35.70	
Problemático en el pasado					-93.39**	
<b>Constante</b>	48.25***		48.31***		38.82	

Nº individuos: 300

Nº observaciones: 1500

\* Significación al 10%, \*\* al 5%, \*\*\* al 1%.

IR=Importancia Relativa

A partir de los parámetros estimados se puede obtener la DAP por cualquier perfil de dependencia (combinaciones de niveles) aunque no fuesen evaluados directamente. Así, ante una situación de dependencia caracterizada por la presencia de problemas moderados en las cuatro dimensiones, podemos estimar que la DAP por el tratamiento hipotético sería el valor de la constante al que sumaríamos el valor de las cuatro dimensiones en su nivel moderado, es decir, 123.4 €.

Por último, estimamos la ecuación 4.1 controlando por las variables socioeconómicas que se muestran en la tabla 3.2 del capítulo 3. Respecto a la renta se ha calculado la

renta equivalente del hogar, para tener en cuenta tanto el número de miembros del hogar, como su composición. Para ello se ha procedido de la siguiente forma. En primer lugar, a cada participante se le ha asignado como renta del hogar el valor medio del intervalo que han seleccionado. Aunque se trata de una renta media obtenida a partir de un intervalo, el valor medio de esta renta para la muestra (1619 €) es muy similar a la renta mensual de la población gallega para el año 2010 (1695 €). A continuación se obtuvo la renta del hogar equivalente aplicando la *escala de equivalencia de la OCDE modificada*. Esta escala asigna una ponderación de 1 al primer miembro adulto del hogar, 0.5 a los siguientes miembros adultos y 0.3 a los menores de 14 años.

La mayoría de las variables socioeconómicas no son significativas. El modelo 3 de la tabla 4.2 muestra los resultados de esta estimación (se muestran sólo las variables significativas). Los parámetros correspondientes a los niveles de las dimensiones apenas cambian. Como era de esperar, la renta del hogar equivalente es significativa y correlaciona positivamente con la DAP. Este es el mínimo contraste de validez que cualquier estudio sobre DAP debe cumplir. El ser mujer correlaciona negativamente con la DAP. El tener hijos menores de 14 años correlaciona positivamente con la DAP, siendo la variable que contribuye más positivamente en la DAP. Finalmente, existe una correlación negativa con el nivel de consumo de alcohol del propio encuestado. Los pacientes que beben diariamente o semanalmente están dispuestos a pagar menos por un tratamiento para la dependencia alcohólica que aquellos que no beben o lo hacen esporádicamente, aunque en el caso de los bebedores diarios, dicha diferencia no es significativa. Además, los pacientes que están dispuestos a pagar menos son aquellos que dicen haber bebido en exceso en el pasado. Esta situación autoinformada podría corresponder a sujetos con dependencia alcohólica en remisión. Ningún participante ha declarado que bebe en exceso. Estos resultados podrían estar indicando que cuanto mayor sea el nivel de consumo, o lo haya sido en el pasado, mayor es la tolerancia con dicha situación, y menor es la conciencia de los efectos negativos de

dicha adicción. Obviamente sólo mediante estudios cualitativos podríamos contrastar esta hipótesis.

### **Sesgo de orden**

Paralelamente a la exposición de los resultados ya se ha analizado la consistencia interna y la validez teórica. Respecto al contraste de sesgo de orden realizado, se ha obtenido que el formato utilizado no influye significativamente en el peso de ninguno de los niveles de las dimensiones (dada la no significatividad de ninguna de las interacciones entre niveles y formatos, no se muestran dichos resultados).

## **4.4. Discusión**

La DAP media mensual obtenida es de 123.5 €, teniendo en cuenta todas las tarjetas y toda la muestra. Dado que en este estudio se obtiene la DAP por un tratamiento que garantiza la curación, frente a otro que tiene una probabilidad de éxito del 80%, podemos extrapolar que la DAP por un tratamiento curativo es 617 € mensuales. En todo caso, como era esperable, existe una gran variabilidad entre los perfiles de alcohólicos evaluados, lo que se traduce en un rango de resultados medios que van de 344 € a 870 € mensuales.

Consideramos relevante comparar nuestros resultados con el trabajo de Jeanrenaud y Pellegrini, que constituye el único estudio, por lo que nosotros conocemos, en el que se analiza la DAP por un tratamiento para la dependencia alcohólica. En el estudio suizo obtuvieron una DAP media mensual de 626 francos suizos (510 € al cambio de 31/3/2013). Dicho valor se encuentra en el rango de valores obtenido en nuestro estudio. Por otra parte, en el estudio suizo, la DAP media supone el 13.3% de la renta familiar equivalente de los entrevistados. En nuestra muestra, teniendo en cuenta todos los escenarios, la DAP media supone el 15.2% de la renta media equivalente del hogar.

La utilización de la valoración contingente se ha mostrado como una herramienta válida para valorar los costes intangibles de la dependencia alcohólica, incluyendo entre ellos los costes familiares y sociales que dicha dependencia genera. Además, la metodología utilizada ha permitido captar la multidimensionalidad de la dependencia alcohólica en dos aspectos. Por una parte, nos permite obtener la valoración monetaria relativa de cada una de las dimensiones analizadas, lo que posibilita un análisis cuantitativo más profundo de cada uno de los efectos de dicha patología. Por otra parte, y relacionado con lo anterior, permite captar la heterogeneidad de este colectivo a partir de la valoración de distintos escenarios.

En este capítulo se ha obtenido una valoración monetaria de los costes intangibles asociados a la dependencia alcohólica. Las valoraciones de los diferentes escenarios que pueden generar la dependencia alcohólica pueden ser integradas en los estudios de coste-beneficio sobre diferentes programas enfocados en su tratamiento o prevención. Además, el analizar de forma multidimensional los efectos de dicha dependencia, permite valoraciones más específicas atendiendo al enfoque de los distintos programas. Así, puede haber programas más enfocados en el entorno familiar de dependiente, mientras que otros pueden enfocarse principalmente en la mejora de su salud. Otra ventaja es que al obtener distintas valoraciones atendiendo a la heterogeneidad de las personas que sufren dependencia alcohólica, permite la realización de análisis de sensibilidad. Así, si desconocemos las características de los pacientes que van a ser tratados con un determinado programa, podemos aplicar las valoraciones del escenario más frecuente y utilizar el rango de valores obtenidos para los distintos escenarios en un análisis de sensibilidad posterior.

En este capítulo hemos obtenido la valoración monetaria de los costes intangibles de la dependencia alcohólica, a partir de las preferencias sociales. Esta información se complementará con la valoración proporcionada por los propios dependientes y sus familiares, tal y como se describe en el capítulo siguiente.

## ***CAPÍTULO 5***

# ***Estimación de los costes intangibles mediante valoración contingente desde la perspectiva de los pacientes y familiares***

---

### ***5.1. Introducción***

El consumo excesivo de bebidas alcohólicas tiene una elevada prevalencia. Se estima que en torno a un 15% de la población europea realiza un consumo excesivo de alcohol (Rehm et al. 2004) y en torno a un 3% padece dependencia alcohólica (Anderson y Baumberg 2006). El efecto negativo de este consumo sobre la salud de los bebedores ha sido ampliamente documentado. Dentro de las enfermedades que se relacionan con el consumo de alcohol podemos citar hasta 60 patologías distintas (Room et al. 2005). Todos estos problemas se ven notablemente agravados cuando el consumo excesivo deriva en una adicción al alcohol. En la Clasificación Internacional de trastornos mentales y de conducta de la OMS (WHO 1992) y en los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatras DSM-IVR (APA 2000) se describen los fenómenos fisiológicos, conductuales y cognitivos de la dependencia.

Los efectos del consumo excesivo de alcohol sobre la salud del bebedor provocan innumerables costes económicos, tanto directos como indirectos (Anderson y Baumberg 2006, Moller y Matic 2010). Los costes directos hacen referencia a aquellos gastos que podrían tener otro uso productivo, principalmente aquellos derivados de un mayor gasto médico. Estos costes se pueden estimar a partir del cálculo de la carga de enfermedad atendida, atribuible al alcohol (Johansson et al 2006). Los costes indirectos hacen referencia, principalmente, a la pérdida de recursos derivada de la reducción que se produce, tanto en la participación en el mercado de trabajo, como en la productividad, de los trabajadores con problemas de alcohol (Petersen et al. 2005).

Además, la dependencia alcohólica también ocasiona innumerables costes intangibles, como el dolor, sufrimiento y la pérdida de calidad de vida, que se produce tanto en el dependiente y sus allegados, como en el entorno social (Laslett et al. 2010). De hecho, se considera que el alcohol es la sustancia adictiva que más daños produce en el entorno (Nutt et al. 2010). Sin embargo, estos costes intangibles, o bien no han sido tratados en la literatura o sólo se han tenido en cuenta aspectos parciales de los mismos. La mayor parte de los estudios realizados se han centrado en los efectos sobre la salud del bebedor, bien en su tasa de mortalidad (Collins y Lapsley 2008, John et al 2013), o incorporando aspectos relacionados con la calidad de vida. Dentro de estos últimos, existen estudios que se han centrado en el impacto de la dependencia alcohólica (Stouhard et al. 2000, Sanderson et al. 2004, Kraemer et al. 2005, Saarni et al. 2007, Petrie et al. 2008), mientras que otros analizan el impacto de diferentes intervenciones (UKATT 2005, Parrott et al. 2006, Mortimer y Segal 2005, Corry et al. 2004, Chisholm et al. 2004). Sin embargo, los efectos intangibles que sobre el bienestar produce el alcoholismo van mucho más allá de los efectos directos sobre la salud del bebedor. La dependencia alcohólica ocasiona dolor, sufrimiento, aislamiento, exclusión social, etc., tanto en los bebedores como en su entorno. La no consideración de estos efectos puede provocar una importante infravaloración de los beneficios asociados al tratamiento de la dependencia alcohólica. Precisamente porque los

efectos intangibles van más allá de la valoración de las pérdidas de salud, consideramos que podría ser adecuada la aplicación de un análisis coste-beneficio, utilizando el método de la “disposición a pagar” (DAP), para valorar todas estas pérdidas de bienestar intangibles. La aplicación del método de la DAP permite valorar los costes intangibles de la dependencia alcohólica mediante la cantidad máxima que una persona está dispuesta a pagar por reducir, eliminar o evitar dicha situación. Este modelo ha sido aplicado en algunos estudios con población general sobre la dependencia de drogas. Especialmente relevante es el de Tang et al. (2007), ya comentado en el capítulo precedente, así como el estudio realizado en la propia población heroinómana de Bishai et al.(2008), referido a la disposición a pagar por un tratamiento de mantenimiento con metadona.

Respecto al alcohol, por lo que nosotros conocemos, sólo existe un estudio de valoración contingente en el que se obtenga la DAP por un tratamiento hipotético que cura la dependencia alcohólica (Jeanrenaud y Pellegrini 2007). Dicho estudio fue realizado en una muestra de 236 sujetos de población general suiza. Se llevó a cabo mediante una entrevista personal en la cual se le pedía al entrevistado que se imaginara que convivía con un familiar que padecía dependencia alcohólica, describiendo brevemente las consecuencias de dicha situación. A continuación se le preguntaba cuanto estaría dispuesto a pagar mensualmente por un tratamiento que elimina todos los síntomas de dicha dependencia alcohólica. Por tanto, en este estudio se adopta una perspectiva intermedia entre lo que sería una perspectiva social y una perspectiva personal, lo que Dolan (2003) llama perspectiva personal socialmente inclusiva.

Los autores descartaron entrevistar a los propios pacientes con dependencia alcohólica por dos motivos. Por una parte, consideran que la tasa de rechazo a la entrevista sería muy elevada, dificultando el proceso de selección de la muestra. Por otra parte, consideran que estos pacientes pueden tener problemas cognitivos que hagan difícil contestar a preguntas de esta naturaleza. Sin embargo, la perspectiva de la población

dependiente y de sus familiares puede ser diferente de la población general, dado su mayor conocimiento de las consecuencias asociadas. Esta es una hipótesis que debe ser contrastada. No encontramos razones, a priori, que nos hagan pensar que se vaya a producir un rechazo masivo a participar. En cuanto a los problemas cognitivos que pueden presentar algunos dependientes, consideramos que éstos pueden ser resueltos estableciendo un adecuado criterio de exclusión.

Por tanto, el objetivo de nuestro trabajo es obtener la valoración de los costes intangibles que la dependencia alcohólica produce en los bebedores y sus familiares. Para ello se obtuvo la DAP por un tratamiento para dicha dependencia a partir de una muestra de 145 alcohólicos y 61 familiares, reclutada de un centro de tratamiento de alcoholismo de Vigo (España).

## **5.2. Material y métodos**

### **Muestras**

La muestra de sujetos con dependencia alcohólica se obtuvo en la Unidad de tratamiento de alcoholismo de Vigo (España). Este centro tiene como objetivo el abordaje ambulatorio de las personas que padecen dependencia alcohólica. El coste del tratamiento está financiado por el sistema público de salud, siendo el centro de referencia para el tratamiento de esta patología en la provincia de Pontevedra. Los pacientes que participaron en la entrevista fueron reclutados entre aquellos que acudieron a consulta desde el 20 de enero de 2010 hasta completar los 150 pacientes previstos. Se incluyeron todos los pacientes, tanto los que estaban en etapas iniciales de su tratamiento, como aquellos que ya llevaban meses o años en él (salvo que cumplieran criterios de exclusión). El único requisito era estar ya en tratamiento, es decir, que ya hubiesen sido consultados, al menos en una ocasión, por personal facultativo de la Unidad. Su participación en el estudio fue voluntaria y anónima. Los



criterios de exclusión fueron: presentar una intoxicación aguda alcohólica, una patología psiquiátrica descompensada en el momento de la entrevista o un nivel de deterioro cognitivo que pudiese hacer difícil la comprensión del cuestionario (a criterio del terapeuta responsable del paciente).

Por otra parte, se ofreció participar en el estudio al acompañante habitual del sujeto (generalmente un familiar), en caso de que éste existiera y se considerase que estaba mínimamente comprometido con el tratamiento. Si en el momento de la inclusión en el estudio el paciente acudía a la consulta solo, se contactaba telefónicamente con la persona más implicada en el proceso asistencial del paciente para solicitar su participación voluntaria en el estudio.

#### **Método de valoración: Disponibilidad a pagar**

La medida de la disposición a pagar se realizó mediante el método de valoración contingente. Este método permite estimar el valor de un bien para el que no existe mercado real, mediante la valoración de una situación hipotética en la que se pudiera comprar ese bien. Esta técnica comenzó a utilizarse para valorar opciones medioambientales (Davis 1963), teniendo un rápido desarrollo gracias, entre otras razones, a un creciente interés institucional en la medición de los beneficios de las inversiones públicas. La fiabilidad de esta técnica y su estandarización fue el objetivo de un panel de expertos reunido por la National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA) que realizó una serie de recomendaciones (Arrow et al. 1993) que todavía siguen vigentes. Su aplicación para estimar beneficios en la salud, iniciada con los trabajos pioneros de Acton (1975), ha tenido un notable auge tanto en valoración de consecuencias en la salud como en procedimientos.

Para nuestro estudio se llevó a cabo una entrevista personal. Esta modalidad de entrevista fue la elegida, descartándose otras modalidades como la telefónica o por correo, fundamentalmente por tener los autores fácil acceso a la muestra y por entender que es la modalidad de entrevista que puede ofrecer una información más

detallada al encuestado, pudiendo aclararle cuantas dudas plantee y asegurándose de que las distintas preguntas son bien entendidas. Esta es una de las recomendaciones del citado panel de expertos. Entre sus inconvenientes figura el coste (tanto de acceso y reclutamiento de los entrevistados como de la propia realización de la entrevista) y el posible sesgo que puede suponer el que el entrevistador "guíe" las respuestas. Con respecto al coste, el autor de esta tesis es trabajador de la institución en que se reclutaron los pacientes y se encargó personalmente de realizar todas las entrevistas, lo que ha reducido considerablemente el coste de este tipo de entrevistas.

Antes de empezar con el cuestionario se informó al sujeto del carácter voluntario y anónimo de su participación en el estudio. Asimismo se explicitó que sus respuestas no iban a influir en el proceso asistencial que estaba recibiendo en la Unidad, con el fin de que esto no mediatizara sus respuestas y, además, no incidiera negativamente en la adherencia de los participantes al tratamiento que estaban recibiendo.

Para obtener la valoración de los costes intangibles de la dependencia alcohólica y, por tanto, los beneficios asociados a su tratamiento, se le planteó al sujeto un escenario hipotético con respecto al tratamiento de su dependencia alcohólica. Debía suponer que existía un tratamiento cuyos efectos, si era eficaz, le eliminarían la dependencia durante un año. Esta eficacia sería del 50%, es decir, la mitad de los sujetos que la reciben se curan y la otra mitad permanecen en su situación actual. Trascurrido un año, el sujeto deberá volver a recibir el tratamiento con la misma probabilidad de éxito. Además se le indicaba que dicho tratamiento hipotético no estaba incluido en las prestaciones del Servicio Gallego de Salud, por lo que debería pagarlo si quería recibirlo. Una vez que el entrevistador consideraba que el sujeto había entendido el escenario, se le preguntaba directamente por su disposición a pagar por recibir ese tratamiento, en pagos mensuales, el resto de su vida. El entrevistado era advertido de que la respuesta debía estar en relación con su capacidad de pago o la de su núcleo familiar. Es decir, debía tener en cuenta que dicho pago implicaría la renuncia al consumo de otros bienes y/o a la reducción de su capacidad de ahorro. Con esta

advertencia se buscaba suavizar el llamado sesgo de restricción presupuestaria, que consiste en que, ante un gran beneficio esperado, se agota y sobrepasa el presupuesto. Dicho sesgo provoca una sobrevaloración de la disponibilidad a pagar (Arrow et al., 1993).

Esta modalidad de pregunta se denomina de formato abierto, pues la pregunta no incluye ninguna cantidad que dirija o mediatice la respuesta, lo que constituye su principal punto fuerte (Mould et al. 2009). Además, es el más sencillo y uno de los más utilizados. Otros formatos de pregunta sí incluyen una cantidad o cantidades sobre las que el sujeto debe decidir. Así, en el formato de tanteo o subasta, se proporciona un precio inicial del tratamiento y, según la respuesta, se sube o baja dicho precio hasta aproximarse a su disponibilidad a pagar máxima. En el formato de cartón de pagos, se le ofrecen varias cantidades de precios dentro de un rango decidido por el investigador. En el formato binario se le muestra al entrevistado un precio ante el cual el sujeto debe decir sí adquiere o no el tratamiento. En este último formato se ofrecen distintas cantidades a distintos grupos de la muestra, lo que requiere un gran tamaño muestral. Todos estos formatos, al proporcionar cantidades iniciales, pueden mediatizar la respuesta, provocando un sesgo como el sesgo de punto de partida o el sesgo de rango (Donaldson et al. 1997). Además, presentan el inconveniente de favorecer la tendencia a contestar afirmativamente, fenómeno conocido como *yea-saying*.

Sin embargo, el formato elegido también plantea inconvenientes. Suele caracterizarse por una baja tasa de respuestas y una alta tasa de respuestas protesta (O'Brien et al. 1998). La potencial baja tasa de respuestas tiene que ver con la dificultad para determinar la cantidad que uno pagaría por un bien, a cuya compra nunca se ha enfrentado, sin las señales de los precios expuestos. Las respuestas protesta suelen identificarse con aquellas en las que el encuestado responde que no pagaría nada, que pagaría un precio excesivamente elevado o que se niega a dar una cifra (Dalmau-Matarrodona 2001). Esto es especialmente relevante en sistemas sanitarios que, como

el español, tienen cubiertas la práctica totalidad de las prestaciones, con lo cual no hay hábito de pagar por ellas. Para reducir las respuestas protesta, así como la pérdida de adherencia del paciente al tratamiento que está realizando, el entrevistador resaltó la nula implicación que sus respuestas tendrían en el proceso asistencial en el que estaba siendo atendido, el cual seguirá siendo gratuito. Sin embargo, esta aclaración puede aumentar el sesgo de complacencia con el entrevistador (dado que se trata de una situación hipotética pueden contestar atendiendo a lo que consideran más esperado por el entrevistador sin tener en cuenta el coste de oportunidad de su decisión). Para suavizar este sesgo, además del recordatorio de la renta ya mencionado, se incluyó una pregunta adicional de tipo confirmatorio, en línea con la propuesta de Blumenschein et al. (2001). Así, una vez que el participante proporcionaba una disponibilidad a pagar máxima por el tratamiento, se le daba a elegir entre 2 respuestas: "estoy convencido de que la pagaría sin ninguna duda" y "es posible que estuviera dispuesto a pagarla, pero no estoy seguro". Si elige la segunda respuesta, se le pedía que proporcionara de nuevo una cantidad que con seguridad pagaría.

A continuación, se modificaba el escenario en cuanto a la eficacia del tratamiento para la dependencia alcohólica. Se planteaba que la eficacia del tratamiento hipotético sería del 100%, pero que debería seguir tratándose siempre porque, en caso contrario, se produciría una recaída, volviéndose a la situación inicial. Al igual que en el escenario anterior, se volvía a preguntar por su máxima disponibilidad a pagar mensual y se le hacía la pregunta confirmatoria.

### **Cuestionario**

El cuestionario utilizado en este estudio (cuya versión completa se presenta en el anexo 5) consta de 2 partes. En la primera parte, se le pregunta al sujeto sobre la DAP máxima por un tratamiento para dependencia alcohólica en los dos escenarios anteriormente mencionados. En la segunda parte, se realizaron una serie de preguntas con el fin de caracterizar la muestra y obtener información de algunas variables que

pudiesen estar relacionadas con la DAP. Estas preguntas se agruparon en 5 bloques. En el primer bloque se obtiene la opinión subjetiva del entrevistado respecto a las consecuencias genéricas que su dependencia alcohólica le ha ocasionado en 4 ámbitos: salud, relaciones familiares, consecuencias laborales y problemas judiciales. Las respuestas posibles para cada una de ellas eran: *apenas*, *leves/algunas*, o *muchas/importantes*.

Un segundo bloque lo conformaban 31 preguntas de respuesta dicotómica (*sí/no*) sobre las posibles variables definitorias que pudieran influir en las respuestas del apartado anterior, con la finalidad de objetivar las mencionadas consecuencias. Por ejemplo, con respecto a problemas familiares, se preguntaba si debido al consumo de alcohol existió maltrato, divorcio, discusiones diarias, etc.

El tercer bloque incluía preguntas sobre la historia alcohólica del sujeto. En primer lugar, se identificaba si cumplían o no cada uno de los 7 criterios diagnósticos de la versión IV-revisada del Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA 2000). A continuación se identificaba el estadio de motivación para el cambio de conducta, según el modelo propuesto por DiClemente y Prochaska (1982). Esta es una variable fundamental en el abordaje de las adicciones que, junto con otros aspectos, influye de forma decisiva en la adherencia y buena evolución del proceso. Básicamente, consiste en evaluar cuál es la disposición del sujeto a cambiar su conducta de consumo. Así, el paciente puede no tener ninguna intención de cambio (pre-contemplación), mostrar ambivalencias en cuanto al cambio (contemplación), estar decidido a intentar el cambio (preparación), haber dejado ya de consumir (acción), estar ya sin consumir de forma estable (mantenimiento) o haber recaído tras haber estado un tiempo sin consumir (recaída). Las siguientes preguntas trataban de identificar la cantidad de alcohol consumido (medido en unidades de bebida estándar semanales) y el tipo de consumo predominante (diario, de fin de semana, esporádico masivo), que tenía el dependiente al inicio del tratamiento. Se finalizaba esta parte preguntando sobre los años de

dependencia y sobre la situación actual (último mes) con respecto al consumo de bebidas alcohólicas: abstinencia, abstinencia con caídas (definida como consumo de escasa cuantía no diario), recaída (consumo importante tras un periodo sin consumo), consumo menor que el previo o consumo similar al previo.

El cuarto bloque se refiere a datos sociodemográficos del paciente: sexo, edad, estado civil, profesión, situación laboral, estudios, número de hijos, renta mensual personal y renta familiar (referida al núcleo de convivencia). Por último, se pasó el cuestionario genérico de calidad de vida relacionada con la salud SF-36. Los resultados de dicho cuestionario fueron utilizados para la realización del trabajo expuesto en el capítulo 2 de esta tesis.

Como se puede ver en el anexo 5, el cuestionario realizado a familiares presenta una estructura similar. Las variables sociodemográficas y del cuestionario SF-36 estaban referidas a la situación del propio familiar.

### **Análisis estadístico**

El principal objetivo de este estudio es aproximarnos a la estimación de los costes intangibles de la dependencia alcohólica a partir de la disponibilidad a pagar por un tratamiento para la dependencia, desde la perspectiva del paciente alcohólico y de sus familiares. Tras obtener la media y mediana de esta DAP, realizaremos una regresión para identificar aquellas variables de las planteadas que presentan una mayor correlación con la misma. La variable a explicar será la DAP proporcionada por cada uno de los individuos de la muestra, después de la pregunta confirmatoria, y las variables explicativas serán aquellas variables que, a priori, pudiesen estar relacionadas con la DAP. Se ha utilizado un modelo de regresión con efectos aleatorios para tener en cuenta que un mismo individuo proporciona dos respuestas, una referida a la probabilidad del 50% y otra a la del 100% (ver capítulo 3 de esta tesis para una descripción más detallada de este modelo).

## **Análisis de validez**

Con el fin de analizar la validez de las respuestas sobre la disponibilidad a pagar, se han realizado dos análisis de validez (validez teórica y validez de magnitud), así como las dificultades para conseguir una validez de criterio.

*Validez teórica.* Con respecto a la validez teórica, existe consenso en cuanto a que lo mínimo que se debe exigir es una correlación positiva entre la disposición a pagar y el nivel de renta, lo que se conoce como criterio de validez de renta. Por tanto, el signo del parámetro de esta variable en el análisis de regresión, será utilizado como contraste de validez. Por otra parte, la falta de literatura previa referida a la disposición a pagar por una población afecta de dependencia alcohólica, nos dificulta el planteamiento de hipótesis respecto al resto de variables. En todo caso, parecería razonable que, ceteris paribus, cuanto peores sean las consecuencias derivadas de la dependencia, mayor debería ser la DAP por el tratamiento.

*Validez de magnitud.* La validez de magnitud se refiere a que la DAP debe ser sensible a la cantidad y/o calidad del bien (Arrow et al. 1993). Así, en nuestro estudio, planteamos como criterio de validez interno, que la DAP sea mayor cuando la eficacia del hipotético tratamiento sea mayor. El no cumplimiento de esta hipótesis, plantearía serias dudas sobre la validez de los resultados obtenidos (Diamond y Hausman, 1994).

*Validez de criterio.* El cumplimiento de los dos análisis de validez precedentes es una condición necesaria, pero no suficiente, para garantizar la validez de los resultados obtenidos. La validez de criterio es, sin duda, el contraste de validez más importante, dado que analiza en qué medida los resultados obtenidos en un escenario hipotético se corresponde con los obtenidos en una transacción real. Dado que se trata de un tratamiento hipotético, que se utiliza como mecanismo para obtener los costes intangibles de la dependencia alcohólica, no existen precios de mercado para dicho tratamiento. La imposibilidad de contrastar la validez de criterio es común a la mayor parte de los estudios de DAP (de hecho la falta de un mercado real es lo que justifica

la aplicación de buena parte de estos estudios). Sin embargo, este contraste es relevante porque las diferencias entre la DAP en una situación real e hipotética pueden ser muy importantes. Blumenschein et al (2001) en un estudio sobre la DAP por un tratamiento para el asma en el cual a una parte de la muestra se le planteaba la compra real de un tratamiento y a otra parte se le planteaba el mismo tratamiento de forma hipotética, obtuvo que la DAP en la situación hipotética era el triple de la proporcionada en la situación real. Ahora bien, en el mismo estudio se obtiene que dicha sobreestimación puede ser corregida preguntándole al entrevistado si el pago mencionado lo realizarían con total seguridad. Por ello, para suavizar la potencial diferencia entre la DAP real e hipotética, hemos realizado una pregunta confirmatoria que trata de identificar la seguridad con la cual el entrevistado pagaría la cantidad proporcionada inicialmente.

### **5.3. Resultados**

#### **Descripción de las muestras**

Durante el periodo de reclutamiento acudieron a consulta un total de 161 pacientes. Se excluyeron a 2 sujetos por estar intoxicados por consumo de alcohol, a 2 por patología psiquiátrica descompensada y a 6 por deterioro cognitivo que impedía o dificultaba la comprensión del cuestionario. Solo un sujeto que cumplía los requisitos de inclusión rechazó participar en la entrevista. Además, de los 150 sujetos inicialmente seleccionados se tuvieron que excluir a 5 porque no se pudo obtener de ellos su DAP. Sólo en 65 casos logramos entrevistar a un familiar o acompañante, produciéndose una única negativa a participar. En el resto de los casos no existía familiar o acompañante implicado en el proceso. En cuatro casos no fue posible que el familiar dijera una cantidad de dinero que estaría dispuesto a pagar por el tratamiento de su familiar, por lo que la muestra final fue de 61 familiares.



La tabla 5.1 muestra un resumen de las características de los 145 sujetos y de los 61 familiares finalmente seleccionados (ver el anexo 6 para una descripción más detallada de la muestra). Respecto a las variables socioeconómicas, en la muestra de pacientes predominan los varones y cerca de la mitad de la muestra vive en pareja. La renta personal media es de 766 €, pero 19 sujetos declararon unos ingresos de 0 € (en 7 casos también era 0 € la renta familiar).

Hemos comparado estos datos descriptivos con datos proporcionados por la institución referidos a las características de todos los pacientes atendidos durante el año 2010 (sexo, edad media, estudios, situación laboral y situación civil), no encontrando diferencias significativas. En cuanto a los familiares que conforman la muestra, la mayoría son mujeres y cónyuges del dependiente.

En la tabla 5.1 también se muestra la motivación del dependiente para el cambio de conducta. Esta variable ha sido construida a partir de la clasificación del modelo de Prochaska y DiClemente que hemos visto en el apartado de material y métodos. Llamaremos “motivados” a los pacientes en preparación, acción y mantenimiento y “poco motivados” al resto. También se presenta información sobre el estado anímico del dependiente en las últimas 4 semanas (obtenido del SF-36) y el porcentaje que tiene apoyo familiar (se consideró que tiene apoyo familiar si se ha conseguido contactar con algún familiar para ser incluido en la muestra).

Respecto a la percepción que los entrevistados tienen respecto a las consecuencias que la dependencia alcohólica ha ocasionado, parece que tanto pacientes como familiares coinciden en que los problemas familiares, seguidos de los problemas de salud, son los que se producen con mayor frecuencia. Sin embargo, excepto en los problemas legales, los familiares tienen una percepción de que la problemática es significativamente mayor que la expresada por los pacientes. Obviamente, esta conclusión no puede extraerse de la tabla 5.1 dado que solo tenemos la percepción de los familiares de 61 pacientes. Sin embargo, en el anexo 6 se compara la percepción de

los familiares con la percepción de los pacientes asociados a esos familiares, llegando a análogas conclusiones.

***Tabla 5.1. Descripción de las muestras de pacientes y familiares***

	<b>PACIENTES (145)</b>	<b>FAMILIARES (61)</b>
<b>Sexo (varones %)</b>	69.66	16.39
<b>Edad media</b>	48.03	47.72
<b>Estado civil (%)</b>		
Soltero/a	27.59	6.56
Casado/a/Unión consensuada	45.52	83.6
Separado/a/divorciado/a	22.07	1.64
Viudo/a	4.83	8.2
<b>Situación laboral (%)</b>		
No trabajo/Trabajo no remunerado	7.59	21.31
Trabajo fijo	31.72	39.34
Trabajo eventual	8.28	9.84
Paro	30.35	14.75
Pensionista	21.38	14.76
<b>Nivel de estudios (%)</b>		
Primarios o menos	66.9	67.21
Secundarios	25.52	16.38
Superiores	7.59	14.76
<b>Nº medio de hijos</b>	1.43	1.83
<b>Renta personal media</b>	766.15	846.97
<b>Renta familiar media</b>	1301.03	1864.02
<b>Parentesco con el paciente (% pareja)</b>		68.85
<b>Motivación para tratarse (% motivados)</b>	59.32	
<b>Desanimado y triste (%)</b>		
Siempre/algunas veces	62.07	
Nunca/casi nunca	37.93	
<b>Tener apoyo familiar (%)</b>	42.07	
<b>Consecuencias familiares (%)</b>		
Apenas	17.93	8.2
Algunos problemas	36.55	31.15
Muchos problemas	45.52	60.66
<b>Consecuencias en salud (%)</b>		
Apenas	31.03	19.67
Algunos problemas	40.69	44.26
Muchos problemas	28.28	36.07
<b>Consecuencias legales (%)</b>		
Apenas	69.66	78.69
Algunos problemas	15.86	8.2
Muchos problemas	14.48	13.11
<b>Consecuencias laborales (%)</b>		
Apenas	69.66	52.46
Algunos problemas	17.24	22.95
Muchos problemas	13.10	24.59

## Resultados de la DAP

En la tabla 5.2 se muestra la media y mediana de la DAP obtenida de los participantes. La disposición a pagar mensual de los pacientes por un tratamiento de dependencia alcohólica con una eficacia del 50% alcanzó un valor medio inicial de 135 €. Tras la pregunta confirmatoria, once sujetos cambiaron su respuesta, con lo cual la valoración media final fue de 129 €. En 23 casos la respuesta fue cero. La disposición a pagar por un tratamiento de dependencia alcohólica con 100% de eficacia fue superior, alcanzando un valor medio inicial de 167 €. Dado que un solo individuo cambió su respuesta en la pregunta confirmatoria, la DAP final fue prácticamente la misma. En 22 casos la respuesta fue de cero euros.

**Tabla 5.2. Media y mediana de la DAP mensual de pacientes y familiares**

	PACIENTES n=145			FAMILIARES n=61		
	Media (e.e.)	Mediana	Percentiles 25 y 75	Media (e.e.)	Mediana	Percentiles 25 y 75
<b>DAP inicial 50% éxito</b>	135.41 (14.06)	100	30-200	322.95 (48.70)	200	80-400
<b>DAP final 50% éxito</b>	128.95 (14.01)	90	30-150	306.72 (48.87)	200	55-300
<b>DAP inicial 100% éxito</b>	166.67 (18.15)	100	30-200	427.25 (65.93)	300	100-475
<b>DAP final 100% éxito</b>	166.61 (18.15)	100	30-200	427.25 (65.93)	300	100-475

Con respecto a las respuestas que fueron de cero euros, no hay evidencia de éstas puedan considerarse globalmente como respuestas "protesta". Por una parte, el 56% de los entrevistados que no estaban dispuestos a pagar nada por el tratamiento con un 100% de éxito, no tenía ningún ingreso personal, y un 29% tampoco tenía ningún ingreso como renta familiar (viven de ayuda de conocidos o de instituciones no

gubernamentales). Estos porcentajes se reducen ligeramente (al 52% y al 27%, respectivamente), cuando el tratamiento tenía un porcentaje de éxito del 50%. Por otra parte, si nos centramos en los participantes que sí tienen ingresos personales, la renta media es un 22% superior en los que han manifestado una DAP positiva, con respecto a los que proporcionaron una DAP de cero.

La DAP por parte de los 61 familiares fue significativamente mayor, alcanzando una media de 307 € (después de la pregunta confirmatoria), cuando la eficacia del tratamiento es del 50%, y de 427 €, cuando la eficacia es del 100%. Sólo 4 familiares proporcionaron un DAP de 0 €. Respecto a la mediana, como es habitual, ésta es menor que la media pero sigue el mismo patrón, valores mayores para el 100% de éxito que para el 50%, y mayores valoraciones de los familiares respecto a los pacientes.

### **Determinantes de la DAP**

La entrevista realizada ha proporcionado una amplia información sobre la situación de los pacientes y sus familiares. Para estimar posibles determinantes de la DAP, se realizó un análisis de regresión incluyendo aquellas variables que, a priori, pudiesen estar relacionadas con la DAP, excluyendo con posterioridad aquellas que no eran significativas y, sin embargo, su inclusión reducía el número de observaciones. En la tabla 5.3 se muestran los resultados obtenidos. La disposición a pagar correlaciona positivamente con la eficacia del tratamiento hipotético propuesto. Así, los entrevistados, están dispuestos a pagar 39 € adicionales por un tratamiento que le garantiza el éxito frente a uno que sólo le proporciona una probabilidad de éxito del 50%. El hecho de que los entrevistados sean sensibles a la ganancia proporcionada apoya la validez de magnitud de los resultados obtenidos. La renta personal también correlaciona positivamente con la disposición a pagar (similares resultados se obtienen si consideramos la renta familiar). La sensibilidad de la DAP a la renta respalda la validez teórica de los resultados (tal y como ha sido definida previamente). La DAP

también es mayor si el entrevistado tiene apoyo de la familia, está motivado para solucionar sus problemas de dependencia y en las 4 últimas semanas nunca, o casi nunca, se sintió desanimado.

En cuanto a los efectos del alcoholismo en la salud, se obtiene que aquellas personas a las cuales su dependencia alcohólica ha provocado problemas moderados de salud, están dispuestos a pagar 108 € más que aquellos que apenas tienen problemas de salud. Sin embargo, cuando la dependencia alcohólica ha causado graves problemas de salud, la DAP, aunque positiva, no es significativamente distinta.

**Tabla 5.3. Determinantes de la DAP mensual**

	<b>Coficiente</b>	<b>Error estándar</b>	<b>P-valor</b>
<b>Eficacia del tratamiento</b> [ref:50%]	39.081	8.317	0.000
<b>Sexo</b> [ref:hombre]	6.705	32.427	0.836
<b>Edad</b>	-0.938	1.420	0.509
<b>Educación</b> [ref:primaria o menos]			
Secundaria	-0.818	34.999	0.981
Universitaria	9.701	57.058	0.865
<b>Renta personal mensual</b>	0.093	0.027	0.001
<b>Problemas de salud</b> [ref: apenas]			
Algunos	108.176	34.441	0.002
Muchos/importantes	22.245	40.318	0.581
<b>Problemas familiares</b> [ref: apenas]			
Algunos	-66.918	42.609	0.116
Muchos/Importantes	-73.084	40.917	0.074
<b>Motivación para tratarse</b>			
[ref: poco motivado]			
Motivado	48.232	29.034	0.097
<b>Desanimado y triste</b>			
[ref: siempre/algunas veces]			
Nunca o casi nunca	75.068	30.565	0.014
<b>Tener apoyo familiar</b> [ref: no apoyo]	53.395	29.785	0.073
Constante	29.935	95.489	0.754

Número de participantes:142; Número de observaciones:283

Sin embargo, el resultado que *a priori* pudiera parecer más sorprendente es la correlación negativa con la presencia de problemas familiares graves. Este resultado,

junto con el hecho de que la DAP sea menor cuanto más desanimados están, puede estar relacionado con las expectativas del sujeto en cuanto a su autoeficacia. Es decir, para pagar más por un tratamiento, debe existir un cierto optimismo respecto a la posibilidad de éxito, lo que es menos plausible en situaciones familiares muy deterioradas. Sin embargo, estos resultados se mantienen incluso para la probabilidad de éxito del 100%, lo cual puede apuntar a limitaciones en la credibilidad del escenario para algunos sujetos.

Los resultados de la regresión realizada en los datos de familiares muestran que ninguna de las variables consideradas influye significativamente en la DAP, excepto la probabilidad de éxito y la renta. Probablemente el reducido tamaño muestral está condicionando la falta de significatividad de los parámetros.

#### **5.4. Discusión**

El objetivo de este capítulo ha sido obtener una valoración monetaria de los costes intangibles de la dependencia alcohólica, mediante un estudio de valoración contingente, realizado con los propios pacientes y sus familiares. Por lo que nosotros conocemos, estos resultados son novedosos en la literatura existente. Además del estudio realizado por nosotros y presentado en el capítulo 4 de esta tesis, únicamente el estudio de Jeanrenaud y Pellegrini (2007) utilizó la valoración contingente para estimar la pérdida de bienestar provocada por la dependencia alcohólica de un hipotético familiar conviviente, en una muestra de población general. El resultado del estudio suizo es 626 francos suizos mensuales (algo más de 500 euros al cambio actual), lo que representa un 7,71% de la renta familiar (renta sin ajustar, es decir, sin aplicar una escala de equivalencia) de los entrevistados. Esta DAP, aunque algo mayor que la proporcionada por los familiares de alcohólicos de nuestra muestra en términos brutos (427,25 €), representa un porcentaje de la renta familiar significativamente

menor que el de nuestra muestra, que alcanza el 22,9% (también, porcentaje de la renta familiar sin ajustar). Esta diferencia nos parece relevante pues, en parte, puede estar indicando la diferencia que existe entre suponer que se tiene un familiar conviviente alcohólico y tenerlo en realidad. Y esto a pesar de que el 60% de los sujetos participantes en el estudio suizo decían conocer a una persona con dependencia alcohólica. La muestra de dependientes también proporciona, en términos relativos, una DAP significativamente mayor (12,81% de la renta familiar) que la de la población suiza, aunque significativamente menor que la proporcionada por los familiares. En todo caso, debemos ser cautelosos a la hora de extraer conclusiones de estas comparaciones, dado que desconocemos el número de miembros del hogar de nuestra muestra y, por lo tanto, no podemos analizar la DAP con respecto a la renta familiar equivalente, tal como ha sido realizado en el capítulo 4.

La menor DAP de los dependientes puede tener diferentes explicaciones. En primer lugar, la renta de los pacientes es inferior a la de los familiares, por lo que es esperable que paguen menos por la misma ganancia de bienestar. Sin embargo, consideramos que dichas diferencias son muy grandes. Debe tenerse en cuenta que mientras la renta personal de los familiares es un 10% superior a la de los pacientes, su DAP es más del doble en todos los escenarios. En segundo lugar, la distinta percepción de los problemas generados por la dependencia (los familiares siempre los perciben significativamente más severos que los propios dependientes) podría estar explicando otra parte importante de estas diferencias. Es decir, parte de esas diferencias podrían venir motivadas por diferencias en la ganancia de bienestar percibida. Finalmente, la literatura suele reflejar que una persona está dispuesta a pagar más por evitar un riesgo o tratar una enfermedad de un familiar, que en proteger su propia salud (Viskusi 1987, Amin et al 2003).

Una duda que podría plantearse es si la DAP obtenida está recogiendo únicamente costes intangibles, tal y como era nuestro objetivo, o si está incorporando otros costes tangibles (directos o indirectos). Dado que en España existe un Sistema Nacional de

Salud caracterizado por un escaso copago de los servicios, se considera que los costes directos que el tratamiento de la dependencia supone no han sido incorporados (o muy marginalmente) por los entrevistados. Sin embargo, si pudieran estar recogiendo parte de los costes indirectos, resultado de la pérdida de productividad (pérdida de trabajo, menores ingresos por su absentismo, pensión de invalidez escasa por prematura, etc.). Aunque resulta imposible conocer si los participantes han tenido estos efectos en cuenta a la hora de proporcionar su DAP, mencionaremos dos razones que, a nuestro juicio, respaldan el supuesto de que su influencia ha sido reducida, al menos en las respuestas de los pacientes. Por una parte sólo un 13% de los pacientes han manifestado que su condición de bebedor ha afectado de forma importante a su actividad laboral (aunque esa cifra se eleva al 26% si tenemos en cuenta la opinión de los familiares). Por otra parte, en los grupos focales realizados con pacientes y profesionales para el estudio del capítulo 3 (ver resultados en el anexo 2), los problemas laborales se encuentran entre los menos importantes, superados por los problemas familiares, los problemas de salud física y mental, los problemas sociales y el deterioro personal (todos ellos intangibles).

La falta de correlación positiva entre padecer las consecuencias de la dependencia alcohólica (salvo los problemas de salud moderados) y la DAP, merece ser resaltada. Lo que los resultados sugieren es que los sujetos con problemas importantes están menos dispuestos a pagar por un tratamiento para su dependencia. Se podría especular con que esto estaría en relación con fenómenos que son muy relevantes para el abordaje de las drogodependencias, como son la percepción de autoeficacia y la motivación para cambiar de conducta. La autoeficacia tiene que ver con la percepción que tiene el dependiente de sus posibilidades de éxito y, evidentemente, pagará más cuanto mayor sea ésta. Es más probable que esto ocurra en pacientes con una menor problemática (fases más iniciales, mayor control de la situación, mayor motivación, etc.) que en pacientes con más problemas, los cuales pueden haber fracasado en intentos de curación anteriores o, incluso, pacientes que se han adaptado a su



situación. La potencial influencia de estos aspectos es evidente en el escenario del 50% (ellos puede percibir su probabilidad personal mayor o menor a la proporcionada). Sin embargo, análisis de regresión secundarios (no mostrados) muestran que estos efectos permanecen también en el escenario del 100% de curación. A pesar de la labor del entrevistador de hacer creíble la curación del 100% no se descarta que todavía persista una cierta incredulidad. En todo caso, otros factores como una menor percepción de la problemática en que está inmerso el pacientes con más problemas puede pesar más en este escenario.

Con los resultados de este estudio podríamos interpretar que existe una mayor predisposición de los sujetos alcohólicos a ser tratados en estadios no demasiado evolucionados de la dependencia alcohólica, con apoyo familiar y cuando no hay gran cantidad de problemas secundarios asociados. Esto está acorde con la evidencia encontrada en la práctica clínica del problema.

La aplicabilidad de los resultados obtenidos en el ámbito de la evaluación económica, concretamente en el análisis coste beneficio, es evidente. En este estudio se obtiene una aproximación a la valoración monetaria de los costes intangibles de la dependencia alcohólica. Esto es clave para valorar los beneficios derivados de los tratamientos enfocados en su tratamiento y curación. Existen muchos estudios que han aplicado el análisis coste beneficio para valorar los tratamientos de la dependencia alcohólica. Sin embargo, estos estudios se centran en la valoración monetaria de los costes directos e indirectos, como medida del beneficio derivado de su tratamiento. Nuestros resultados sugieren que dichos beneficios están infravalorados debido a la no inclusión del valor monetario de los costes intangibles.

Este estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, el tamaño muestral es reducido, principalmente para la muestra de familiares. Consideramos que este hecho tiene menos relevancia en la validez de la DAP obtenida, si se tiene en cuenta que la población objeto de estudio es también reducida (aproximadamente hemos

entrevistado a un 17,4% de la población dependiente que es atendida anualmente en el centro). Sin embargo, el tamaño muestral sí ha podido influir en la significatividad de las variables utilizadas en la regresión realizada con las respuestas de los dependientes y, posiblemente, haya sido el motivo de los pobres resultados obtenidos en el análisis de regresión realizado con la muestra de familiares.

En segundo lugar puede haber un sesgo de la muestra de dependientes hacia sujetos con dependencia alcohólica más grave, como son los que acuden a una Unidad especializada en el tratamiento del alcoholismo, con un porcentaje importante de sujetos en situación de exclusión social. Esto se refleja en el hecho de que más de la mitad de los pacientes no aportaron familiar a la muestra.

Otra limitación podría derivarse del propio diseño de la pregunta. Dado que uno de los escenarios planteaba una curación del 100%, es posible que se produjera una fuerte influencia de la restricción presupuestaria. Obviamente cualquier estudio de DAP se enfrenta a la restricción presupuestaria. Cuando el participante tiene que decir cuánto va a pagar por el bien, esta cantidad está limitada por su renta y por el consumo que quiera hacer del resto de bienes. El problema surge cuando el beneficio del bien es tan grande que el valor que los participantes le dan al bien exceda con creces su renta. Para evitar esto se suele disminuir el valor del bien ofrecido, introduciendo, por ejemplo, una probabilidad de éxito distinta del 100%. En nuestro estudio, se planteaba otro escenario en el cual la probabilidad de recuperación era del 50%. Se ha obtenido que los participantes están dispuestos a pagar un 29% más por una curación del 100% que del 50% (39% más en el caso de los familiares). Dado que las diferencias son significativas, creemos que al menos en la primera pregunta (50% de éxito) no se agotó su disponibilidad monetaria, dado que en la pregunta siguiente dicha cantidad fue incrementada. Es difícil conocer el grado de restricción que haya podido tener en el 100% de curación. En todo caso nuestros resultados están en línea con otros encontrados en la literatura. Por ejemplo, Neumann y Johannesson (1994), en un estudio en el cual se analizaba la disponibilidad a pagar por un tratamiento de

fertilización in vitro, obtienen que los participantes están dispuestos a pagar entre un 35% y un 47% más (dependiendo de la perspectiva adoptada) por un programa que le asegura el 100% de éxito que por uno que sólo tiene una probabilidad de éxito del 50%.

A pesar de las limitaciones previamente mencionadas, consideramos que nuestro estudio proporciona una valoración (o un rango de valores) que puede ser incorporados en la literatura. Sin embargo, la elección de un valor no resulta fácil, dado que se debe decidir si se utiliza los valores medios o medianos, los resultados de la pregunta del 100% o del 50% de éxito (en este caso el beneficio de curar una dependencia alcohólica sería el doble de la cifra proporcionada) y, finalmente, si se utilizan las respuestas de los familiares o de los pacientes. Como resultado de dicha decisión, el valor anual de curar una dependencia alcohólica podría tomar 8 valores diferentes, los cuales oscilaría entre 1200 €, mediana proporcionada por los pacientes para una curación del 100% ( $100 \times 12$ ) y los 7368 € que sería el valor resultante de utilizar la media proporcionada por los familiares para un 50% de curación ( $307 \times 2 \times 12$ ). Teniendo en cuenta que el análisis coste beneficio suele utilizar valores medios y situándonos en la posición más conservadora (valores de los pacientes para un éxito del 100%), obtendríamos un valor de 2004 € anuales. En todo caso, independientemente de la elección, sería deseable utilizar diferentes valores en un análisis de sensibilidad posterior.



# ***CAPITULO 6***

## ***Conclusiones de la tesis***

---

Después de presentar en los capítulos precedentes las cuatro investigaciones que conforman el núcleo central de esta tesis, en el presente capítulo se resume, a modo de conclusiones, los principales resultados de los mismos.

El objetivo de esta tesis, tal como hemos señalado en la justificación, es estimar los costes intangibles que comporta la dependencia alcohólica y, por tanto, los beneficios intangibles derivados de la disminución de su prevalencia y su intensidad. Según la revisión bibliográfica realizada, este es un aspecto poco analizado en la literatura, lo cual parece estar relacionado con las dificultades que conlleva realizar dichas estimaciones.

Los beneficios intangibles derivados del tratamiento o prevención de la dependencia alcohólica se han obtenido, tanto en términos de de años de vida ajustados por calidad (AVACs) como en términos monetarios.

### ***6.1. Estimación en AVACs***

Para calcular la ganancia derivada del tratamiento de la dependencia, se necesita conocer la ganancia de calidad de vida derivada del mismo. Para ello es necesario obtener el índice (o índices) de utilidad asociados a dicha patología. Dichos índices se han estimado de dos formas distintas. En la primera fila de la tabla 6.1 se presentan los

resultados obtenidos al estimar el índice de utilidad mediante un instrumento indirecto como es el cuestionario SF-6D. La pérdida de CVRS derivada de la dependencia alcohólica se ha obtenido comparando el índice de utilidad medio de la población general con el obtenido en la población alcohólica y en sus familiares (capítulo 2). Como se puede ver en la tabla, el hecho de padecer una dependencia alcohólica supone, una vez que se controla por otras variables socioeconómicas, una pérdida de utilidad de 0.144 AVACs anuales para los dependientes y de 0.085 para las personas de su entorno más próximo.

A partir de estos valores se puede aproximar el valor monetario de dicha pérdida aplicando un valor monetario al AVAC. Aunque en los capítulos 4 y 5 se profundizará en la valoración de los costes intangibles de la dependencia en términos monetarios, dichas valoraciones también se pueden obtener indirectamente, aplicando los valores monetarios del AVAC. Sin embargo, no existe consenso con respecto a dichos valores. Así, el valor implícito considerado por el National Institute for Clinical Excellence, una institución de referencia en estos temas, está entre 20.000 y 30.000 libras (NICE 2004). Por otra parte, Cock et al. (2007) sugieren, a partir de una revisión de la literatura, que un valor del AVAC entre 30.000 € y 45.000 € sería razonable en España. Consideremos, a modo de ejercicio, que el valor monetario de un AVAC es 30.000 €. Entonces, podríamos aproximar el valor anual de curar o prevenir una situación de dependencia alcohólica. Dicho valor sería 4320 € para los propios dependientes y de 2550 € para sus familiares. Dichos valores se obtienen multiplicando la pérdida de utilidad por el valor monetario del AVAC. Obviamente sería recomendable llevar a cabo un análisis de sensibilidad posterior, que considerase tanto la variabilidad de la utilidad obtenida, como distintos rangos de valores monetarios del AVAC.

**Tabla 6.1. Estimación de los costes intangibles obtenidos mediante los diferentes métodos utilizados en esta tesis**

Concepto	Muestras (n)	Instrumento	Comparador	Impacto	DAP (€/mes)
CVRS	PG (600)	SF-6D	A vs PG	-0.144	
	A (150)		F vs PG	-0.085	
	F (63)				
CVRS según perfiles	PG (300)	Doble lotería	PFM	-0.181 <sup>1</sup>	
			PFG	-0.281 <sup>1</sup>	
			PSFM	-0.075 <sup>1</sup>	
			PSFG	-0.297 <sup>1</sup>	
			PPM	-0.081 <sup>1</sup>	
			PPG	-0.226 <sup>1</sup>	
			PSM	-0.050 <sup>1</sup>	
			PSG	-0.167 <sup>1</sup>	
Valoración monetaria según perfiles	PG (300)	DAP	PFM		19.59 <sup>2</sup>
			PFG		48.44 <sup>2</sup>
			PSFM		20.71 <sup>2</sup>
			PSFG		51.63 <sup>2</sup>
			PPM		12.87 <sup>2</sup>
			PPG		27.82 <sup>2</sup>
			PS		22.02 <sup>2</sup>
			Constante		48.31
Valoración monetaria	A (145)	DAP	50% <sup>3</sup>		128.95
			100% <sup>3</sup>		166.61
	F (61)		50% <sup>3</sup>		306.72
			100% <sup>3</sup>		427.25

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud; DAP: disposición a pagar; PG: Población general; A: alcohólicos; F: Familiares; PFM: problemas familiares moderados; PFG: problemas familiares graves; PSFM: problemas de salud física moderados; PSFG: problemas de salud física graves; PPM: problemas psíquicos moderados; PPG: problemas psíquicos graves; PSM: problemas sociales moderados; PSG: problemas sociales graves. PS: problemas sociales.

<sup>1</sup>Pérdida de utilidad asociada a cada uno de los niveles de las diferentes dimensiones.

<sup>2</sup>Aumento de la disposición a pagar mensual por eliminar una complicación concreta.

<sup>3</sup>Porcentaje de éxito del tratamiento del que se pide valoración monetaria.

A partir de estos valores estimados, se puede obtener el valor que curar o evitar una dependencia alcohólica puede suponer en diferentes contextos. Por ejemplo, en nuestra muestra de alcohólicos sabemos que, en media, dichos pacientes tienen 1.45 hijos y que algo menos de la mitad convive en pareja. Por tanto, para valorar los costes intangibles medios que provoca dicha patología debería tenerse en cuenta, no solo los efectos sobre la calidad de vida del dependiente, sino también sobre las personas de su entorno. Con esta información podemos aproximar que, en media, dicha situación generaría un coste intangible anual de 9.300 € ( $30000 \times (0.144 + 0.5 \times 0.085 + 1.45 \times 0.085)$ ). Obviamente dichos cálculos se muestran como un mero ejercicio en el que se trata de ilustrar las posibles aplicaciones de los números obtenidos.

Dada la heterogeneidad que presenta esta enfermedad, en el capítulo 3 nos planteamos crear indicadores que permitan realizar estimaciones directas de los índices de utilidad de diferentes perfiles de alcoholismo, utilizando una doble lotería en una muestra de población general. Para ello, se solicitó a los entrevistados que supusiesen que actualmente estaban sufriendo diferentes situaciones de alcoholismo. Estas situaciones se diferenciaban en función de la presencia o no de problemas, así como su severidad en caso de presentarse, en cuatro dimensiones (consecuencias familiares, consecuencias de salud (física y psíquica) y consecuencias sociales). Dichas dimensiones fueron seleccionadas a partir de la realización de dos grupos focales (uno con personal sanitario experto en el tratamiento de la dependencia y otro con personas dependientes). Como se puede observar en la segunda fila de la tabla 6.1, la valoración varía según se presente o no una determinada complicación y según el nivel de gravedad con el cual esta complicación se presenta. La presencia de problemas de salud física graves (PSFG) condiciona la mayor caída de utilidad (-0.297), mientras que la presencia de problemas sociales moderados (PSM) provoca la menor disminución de utilidad (-0.05).



A partir de dichas valoraciones, podemos estimar la pérdida de utilidad de diferentes perfiles de alcohólicos. Así, por ejemplo, una dependencia alcohólica con complicaciones moderadas en las cuatro dimensiones (PFM + PSFM + PPM + PSM) supone una pérdida de utilidad de 0.387 (suma de las pérdidas ocasionadas por las 4 dimensiones). Por tanto, la pérdida de utilidad oscilaría entre 0,05 (correspondiente a la tarjeta 0001) y 0,971 (correspondiente a la tarjeta 2222, con nivel grave de las cuatro dimensiones).

Aplicando el valor monetario del AVAC anteriormente utilizado (30.000€), el coste intangible de padecer una dependencia alcohólica oscilaría entre 1500 € y 29100 €.

## **6.2. Estimación monetaria directa**

Para estimar la valoración monetaria del beneficio de tratar la dependencia alcohólica, hemos utilizado el método de la valoración contingente mediante la técnica de la disposición a pagar (DAP). También para estas estimaciones hemos hecho dos experimentos.

El primer experimento se realizó con una muestra de 300 personas de la población general (capítulo 4). En dicha encuesta se le pedía a los participantes que supusiesen que estaban padeciendo la situación de dependencia, que se describía en cada uno de los escenarios evaluados. Los escenarios evaluados eran los mismos que los mostrados en el capítulo 3. Para cada escenario se obtenía la máxima DAP por un tratamiento que aseguraba la curación (frente a un tratamiento gratuito con una probabilidad de éxito del 80%). Con ello obtuvimos una valoración de cada uno de los niveles de las dimensiones que configuran los diferentes perfiles. Como podemos observar en la tercera fila de la tabla 6.1, la DAP cambia considerablemente dependiendo de la dimensión evaluada. Por ejemplo, la DAP aumenta en 51,63 euros mensuales si

existen problemas graves de salud física y en 12,87 euros mensuales si existen problemas psíquicos moderados.

A partir de estos valores podemos evaluar diferentes perfiles de dependientes. Por ejemplo, si consideramos el peor perfil (problemática grave en las cuatro dimensiones) obtenemos que, en media, se está dispuesto a pagar 198 € mensuales (suma de la disponibilidad a pagar en cada una de las dimensiones más la constante), lo cual implica una valoración anual de 2.379 €. Si consideramos el perfil de alcohólico con problemática moderada en las cuatro dimensiones, obtenemos una DAP de 124 € mensuales y de 1.500€ anuales. Recordemos que esta es la valoración que proporcionan los entrevistados al hecho de elevar del 80% al 100% la probabilidad de éxito. Por lo tanto, podemos aproximar la valoración que se otorga a la curación de la dependencia multiplicando los valores obtenidos por 5. Así, la curación del perfil de dependencia alcohólica moderado en todas las dimensiones (el escenario más frecuente) tendría una valoración de 7.500 €, el peor perfil tendría una valoración de 11900 € y el mejor perfil (0010) valdría 3670 €.

El segundo experimento de valoración monetaria lo realizamos en población que padece dependencia alcohólica y en familiares comprometidos en ese tratamiento (capítulo 5). Se obtiene la DAP por un hipotético tratamiento curativo, bajo diferentes supuestos de probabilidad de éxito. Como se muestra en la tabla 6.1, cuando se garantizaba el éxito los pacientes estaban dispuestos a pagar 167€ mensuales y los familiares 427€. Esto supone una valoración anual estimada de 2004€ y 5124€, respectivamente. En el caso de un tratamiento con una probabilidad de éxito del 50% (sin duda, un porcentaje más cercano a la realidad), estas cantidades bajan a 129€ y 307€ mensuales, respectivamente. Debe tenerse en cuenta que si utilizamos estas valoraciones para el cálculo del valor monetario asignado a la curación de la dependencia, dicha valoración debe multiplicarse por 2, dado que en este escenario la probabilidad de éxito era del 50%. Por tanto, los valores mensuales de elevarían a

258€ para pacientes y a 614€ para familiares, y los anuales serían 3.096€ y 7.368€, respectivamente.

El objetivo de esta tesis ha sido aportar nueva evidencia empírica sobre los costes intangibles de la dependencia alcohólica. Hemos querido ser ambiciosos en la cuantificación de dichos costes, teniendo siempre en cuenta que la medición de las preferencias es siempre un tema complejo. Existen múltiples factores que condicionan los resultados y, siendo conscientes de su influencia, hemos querido incorporarlos en el análisis.

Por una parte, se ha querido obtener las preferencias de los distintos colectivos implicados: población general, pacientes y familiares; y de forma indirecta la de los profesionales sanitarios que han participado en los grupos focales. Por otra parte, se han aplicado distintas metodologías de análisis. En el ámbito de la evaluación económica es bien conocido que las valoraciones de cualquier estado de salud dependen, con mayor o menor intensidad, de la metodológica aplicada. En esta tesis se pudo haber optado por aplicar una única metodología a un único colectivo, lo que sin duda hubiese proporcionado un menor rango de valores. Sin embargo, dicha decisión hubiese reducido drásticamente la variabilidad estimada, pero no la variabilidad teórica. Simplemente no hubiésemos podido medirla. Finalmente, también hemos tenido en cuenta la heterogeneidad de los pacientes que padecen dependencia alcohólica, lo que sin duda amplía todavía más el rango de valores de la dependencia.

Como resultado de esta decisión no existe un único valor que podamos proporcionar a los investigadores que se interesen por nuestros resultados. Deberán ser ellos los que, dependiendo de su contexto de análisis y de la información de la que disponen, seleccionen aquellos valores que adecuen mejor a su ámbito de estudio. Sin embargo, nuestra recomendación es que, en la medida en que sea posible, se tenga en cuenta el rango de valores proporcionados, para un análisis de sensibilidad posterior.



# BIBLIOGRAFÍA

---

Abellán JM, Sánchez FI, Martínez JE, Méndez I (2012): Lowering the “floor” of the SF-6D scoring algorithm using a lottery equivalent method. *Health economics* 21(11):1271-85.

Acton JP (1975): Non monetary factors in the demand for medical services: some empirical evidence. *Journal of political economy* 83:595-613.

Amin M, Khondoker F. (2004): Contingent valuation study to estimate the parental willingness-to-pay for childhood diarrhoea and gender bias among rural households in India. *Health research policy and systems* 2:3. Disponible en (último acceso 31/3/2013):  
<http://www.health-policy-systems.com/content/2/1/3>.

Anderson P, Baumberg B. (2006): Alcohol in Europe. London: Institute of Alcohol Studies. Disponible en (último acceso 31/3/2013):  
[http://ec.europa.eu/health-eu/news\\_alcoholineurope\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health-eu/news_alcoholineurope_en.htm)

Antoñanzas F, Puy M, Pradas R (2008): Las bebidas alcohólicas en España: salud y economía. *Gaceta Sanitaria* 22 (3): 175-178.

APA (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed., text revision. Ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Arrow K, Solow R, Portney PR, Leamer EE, Radner R, Schuman H (1993). “Report of the NOAA Panel on Contingent Valuation”. *Federal Register* 1993, 58: 4602-4614. Disponible en (último acceso 31/3/2013):  
<http://www.darrp.noaa.gov/library/pdf/cvblue.pdf>

Babor TF, Biddle-Higgins JC, Saunders JB, Monteiro MG (2001): AUDIT: The Alcohol Use Disorder Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care. Ed. World Health Organization, Geneva, Switzerland.

Babor TF, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, Grube J, Gruenewald P, Hill L, Holder H, Homel R, Österberg E, Rehm J, Room R, Rossow I (2003): Alcohol: no ordinary commodity. Research and public policy. Ed.: Oxford University Press.

- Badía X, Roset M, Herdman M, Kind P (2001): A comparison of GB and Spanish general population time trade-off values for EQ-5D health states”. *Med Decis Making* 21(1): 7-16
- Barbosa C, Godfrey C, Parrott S (2010): Methodological Assessment of Economic Evaluations of Alcohol Treatment: What Is Missing? *Alcohol & Alcoholism Vol. 45, No. 1*, 53–63
- Baumberg B. (2006): The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug Alcohol Rev* 25: 537-551
- Beggs S, Cardell S, Hausman J (1981): “Assessing the Potential Demand for Electric Cars”. *Journal of Econometrics*, 16, 1-19.
- Bishai D, Sindelar J (2008): Willingness to pay for drug rehabilitation: implications for cost recovery. *J Health Econ* 27 (4): 959-972.
- Blumenschein K, Johannesson M, Yokoyama K, Freeman PR (2001): Hypothetical versus real willingness to pay in the health care sector: results from a field experiment. *Journal of Health Economics* 2001, 20:441-457.
- Brazier JE, Roberts J (2004): The estimation of a preference-based measure of health from the SF-12. *Med Care* 42(9):851-9.
- Brazier J, Roberts J, Deverill M (2002) : The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *Journal of Health Economics*, 21 (2): 271-292.
- Campos J, Roca L, Gude F, González-Quintela A (2011): Long-term mortality of patients admitted to the hospital with alcohol withdrawal syndrome. *Alcohol Clin Exp Res* 35:1180–1186.
- Chisholm D, Rehm J, Van Ommeren M, Monteiro M (2004): Reducing the global burden of hazardous alcohol use: a comparative costeffectiveness analysis. *J Stud Alcohol* 65: 782-793.
- Cock E, Miravittles M, González-Juanatey JR y Aranza-Perea JR (2007). “Valor umbral del coste por año de vida ganado para recomendar la adopción de tecnologías sanitarias en España: evidencias procedentes de una revisión de la literatura” *Pharmacoeconomics*, 4(3):97-107.
- Collins D, Lapsley H (2008): The avoidable costs of alcohol abuse in Australia and the potential benefits of effective policies to reduce the social costs of alcohol. Ed.

Department of health and ageing (Australian Government). Disponible en (último acceso 31/3/2013):  
<http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/content/mono70>

Corry J, Sanderson K, Issakidis C, Andrews G, Lapsley H (2004): Evidence-based care for alcohol use disorders is affordable. *J Stud Alcohol* 65:521–9.

Daeppen JB, Krieg MA, Burnand B, Yersin B. (1998): MOS-SF-36 in evaluating health-related quality of life in alcohol-dependent patients. *Am J Drug Alcohol Abuse* 24(4):685-94.

Dalmau-Matarrodona E (2001): Alternative approaches to obtain optimal bid values in contingent valuation studies and to model protest zeros. Estimating the determinants of individuals' willingness to pay for home care services in day case surgery. *Health economics*, 10: 101 – 118.

Davis RK (1963): "Recreation planning as an economic problem". *Natural Resources Journal* 3: 239-49.

Diamond P, Hausman J (1994): Contingent evaluation: is some number better than no number? *Journal of economic perspectives*, 8: 45 – 64.

DiClemente CC, Prochaska JO (1982): Self-change and therapy change of smoking behavior. A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7, 133-142.

Dolan P (1997): Modeling valuations for EuroQol health states. *Medical Care* 35: 1095–1108.

Dolan P, Olsen JA, Menzel P, Richardson J (2003): An inquiry into the different perspectives that can be used when eliciting preferences in health. *Health Economics*, 12, pp. 545-551.

Donaldson C, Tarrier N, Burns A (1997): The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *British Journal of Psychiatry* 170: 62-68.

Drummond M, Sculpher M, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G (2005): Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Ed. Oxford University Press.

Echeburúa E (2001): Abuso de alcohol. Ed. Síntesis, Madrid.

Essink-Bot ML, Stouthard MEA, Bonsel GJ (1993): Generalizability of valuations on health states collected with the EuroQol questionnaire". *Health Economics* 2(3): 237–

EuroQoL Group (1990): EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16,199-208.

Ferreira PL, Ferreira LN, Pereira LN (2008): How consistent are health utility values? *Quality of Life Research* 17: 1031–1042.

Furlong WJ, Feeny DH, Torrance GW, Barr RD (2001): The Health Utilities Index (HUI) system for assessing health-related quality of life in clinical studies. *Annals of Medicine* 33(5):375-84.

García-Sempere A, Portella A (2002): Los estudios del coste del alcoholismo: marco conceptual, limitaciones y resultados en España. *Adicciones* 2002, vol.14 supl.

Guardia J, Jiménez-Arriero MA, Pascual F, Flórez G, Contel M (2008): Alcoholismo: guía clínica basada en la evidencia científica”. Ed. Sociedad Científica para el estudio de las Drogas y Alcohol (SOCIDROGALCOHOL). Disponible en (último acceso 31/3/2013):

[http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com\\_docman&task=cat\\_view&gid=4&Itemid=4](http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=4&Itemid=4)

Günther OH, Roick C, Angermeyer MC, König HH (2008): Responsiveness of EQ-5D utility indices in alcohol-dependent patients. *Drug Alcohol Depend.* 1;92(1-3):291-5

Jarl J, Johansson P, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham U, Hemström O, Hradilova K, Lenke L, Ramstedt M, Room R (2008): The societal cost of alcohol consumption: an estimation of the economic and human cost including health effects in Sweden, 2002. *Eur J Health Econ* 9:351–360.

Jeanrenaud C, Priez F, Pellegrini S, Chevrou-Séverac H, Vitale S, Monnin P (2003): Le coût social de l'abus d'alcool en Suisse. Ed. IRER, Université de Neuchâtel, 2003. Disponible en (último acceso 31/3/2013):

<http://www2.unine.ch/irene/recherche/mandats/alcool;jsessionid=632E2B7BE4162444CA78674F765C2E61.corvus1>

Jeanrenaud C (2004): Assessing the tangible and intangible costs of illicit drug use (chapter of the book “Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options”). *Monograph EMCDDA* 285-303.

Jeanrenaud C, Pellegrini S (2007): Valuing intangible costs of alcohol dependence: a contingent valuation study. *Revue d'économie politique* 2007/5 Vol. 117, p. 813-825.



Johansson P, Jarl J, Eriksson A, Eriksson M, Gerdtham U, Hemstrom O, Selin K, Lenke L, Ramstedt M, Room R (2006): The social costs of alcohol in Sweden 2002. Disponible en (último acceso 31/3/2013): <http://www.dldocs.stir.ac.uk/documents/soradcosts.pdf>

John U, Rumpf HJ, Bischof G, Hapke U, Hanke M, Meyer C (2013): Excess Mortality of Alcohol-Dependent Individuals After 14 Years and Mortality Predictors Based on Treatment Participation and Severity of Alcohol Dependence. *Alcohol Clin Exp Res*. 37(1):156-63.

Johnson JA, Coons SJ. (1998): Comparison of the EQ-5D and SF-12 in an adult US sample. *Qual Life Res* 7(2): 155-66.

Kalman D, Lee A, Chan E, Miller D, Spiro A, Ren X, Kazis L (2004): Alcohol dependence, other psychiatric disorders, and health-related quality of life: A replication study in a large random sample of enrollees in the Veterans Health Administration. *Am J Drug Alcohol Abuse* 30(2): 473-87.

Kleiman M (1999): Economic cost measurements, damage minimization and drug abuse control policy. *Addiction* 94 (5): 638-41.

Kraemer K, Maisto S, Conigliaro J, McNeil M, Gordon A, Kelley M. (2002): Decreased alcohol consumption in outpatient drinkers is associated with improved quality of life and fewer alcohol-related consequences. *J Gen Intern Med* 17: 382-386.

Kraemer K, Roberts M, Horton N, Palfai T, Samet J, Freedner N, Tibbetts N, Saitz R (2005): Health utility ratings for a spectrum of alcohol-related health states. *Medical Care* 43(6):541-550.

Lahmek P, Berlin I, Michel L, Berghout C, Meunier N, Aubin HJ (2009): Determinants of improvement in quality of life of alcohol-dependent patients during an inpatient withdrawal programme. *International Journal of Medical Sciences* 6(4):160-167

Lancsar E, Louviere J, Flynn T (2007). Several methods to investigate relative attribute impact in stated preference experiments. *Social Science and Medicine*, 64(8), 1738-1753.

Laslett AM, Catalano P, Chikritzhs Y, Dale C, Doran C, Ferris J, Jainullabudeen T, Livingston M, Matthews S, Mugavin J, Room R, Schlotterlein M, Wilkinson C (2010): The Range and Magnitude of Alcohol's Harm to Others. Fitzroy, Victoria: AER Centre for Alcohol Policy Research, Turning Point Alcohol and Drug Centre, Eastern Health.

Leontaridi R (2003): Alcohol Misuse: How Much Does It Cost? London: Strategy Unit Cabinet Office. Disponible en (ultimo acceso 31/3/2013): <http://sia.dfc.unifi.it/costi%20uk.pdf>

Longworth L, Bryan S (2003): An empirical comparison of EQ-5D and SF-6D in liver transplant patients. *Health Economics* 12(12): 1061-7.

Malet L, Llorca P, Beringuier B, Lehert P, Falissard B (2006): AlQol 9 for measuring quality of life in alcohol dependence. *Alcohol & Alcoholism* 41(2): 181-187.

Markkula N, Harkanen T, Perala J, Partti K, Pena S, Koskinen S, Lonnqvist J, Suvisaari J, Saarni SI (2012): Mortality in people with depressive, anxiety and alcohol use disorders in Finland. *Br J Psychiatry* 200:143-149.

McCord M, de Neufville R (1986): Lottery equivalents: Reduction of the certainty effect problem in utility assessment. *Management Science* 32: 56-60.

Moller L, Matic S (2010): "Best practice in estimating the costs of alcohol: recommendations for future studies". Ed. World Health Organization (Oficina regional de Europa). Disponible en (ultimo acceso 31/3/2013): [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/112896/E93197.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/112896/E93197.pdf)

Mortimer D, Segal L (2005): Economic evaluation of interventions for problem drinking and alcohol dependence: cost per QALY estimates. *Alcohol Alcoholism* 40:549-55.

Mould J, Contreras I, Garduño J, Escudero G (2009): El concepto de willingness to pay en tela de juicio. *Rev Saúde Pública* 43 (2): 352-8

Neumann P J, Johannesson M (1994): The willingness to pay for in viro fertilization: a pilot study using contingent valuation. *Medical Care*, 32: 686-699.

NICE (2004): Guide to the Methods of Technology Appraisal. London: National Institute for Clinical Excellence. Disponible en (ultimo acceso 31/3/2013): <http://www.nice.org.uk>

Nutt D, King L, Phillips L (2010): Drugs harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 376: 1558-65.

O'Brien BJ, Goeree R, Gafni A, Torrance GW, Pauly MV, Erder H (1998): Assessing the value of a new pharmaceutical: a feasibility study of contingent valuation in managed care. *Med Care*. 1998; 36(3):370-8

Parrott S, Godfrey C, Heather N, Clark J, Ryan T (2006): Cost and outcome analysis of two alcohol detoxification services. *Alcohol Alcoholism* 41:84–91.

Peltzer K, Pengpid S (2012): Alcohol Use and Health-Related Quality of Life among Hospital Outpatients in South Africa. *Alcohol and Alcoholism* 47(3): 291-295.

Petersen S (2005). “European cardiovascular disease statistics: 2005 edition”. European Heart Network/British Heart Foundation. Disponible en (ultimo acceso 31/3/2013): [http://www.msps.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancercardiopatia/CARDIOPATIA/opsc\\_est3.pdf](http://www.msps.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancercardiopatia/CARDIOPATIA/opsc_est3.pdf)

Pettinati H, Gastfriend D, Dong Q, Kranzler H, O'Malley S (2009): Effect of Extended-Release Naltrexone (XR-NTX) on Quality of Life in Alcohol-Dependent Patients. *Alcohol Clin Exp Res*. 33(2): 350–356.

Petrie D, Doran C, Shakeshaft A, Sanson-Fisher R (2008): The relationship between alcohol consumption and self-reported health status using the EQ5D. *Soc Science & Med* 67 1717–26.

Pinto JL, Vázquez MX, Lázaro A, Martínez JE (2003): Análisis coste-beneficio en la salud: métodos de valoración y aplicaciones. Ed. Masson (España)

Popovici I, French MT, McKay JR (2008): Economic evaluation of continuing care interventions in the treatment of substance abuse: recommendations for future research. *Eval Rev* 32:547–68.

Pyne J, Tripathi S, French M, McCollister K, Rapp R, Booth B (2011): Longitudinal Association of Preference-Weighted Health-Related Quality of Life Measures and Substance Use Disorder Outcomes. *Addiction* 106(3): 507–515.

Rawlins MD, Culyer AJ (2004): National Institute for Clinical Excellence and its value judgments. *BMJ*, 329, 224-227.

Rehm J, Ballunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J, Popova S, Sartocinska-Hart A, Taylor B (2006): The cost of substance abuse in Canada 2002, CCSA, Ottawa.

Rehm J, Room R, Monteiro M, Gmel G, Graham K, Rehn T, Sempos CT, Frick U, Jernigan D (2004): Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease due to selected major risk factors. Ed. WHO. Disponible en (último acceso 31/3/2013): [www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0959-1108.pdf](http://www.who.int/publications/cra/chapters/volume1/0959-1108.pdf)

Rodríguez-Martos A, Gual A, Llopis J (1999): La unidad de bebida estándar como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. *Med Clin. 112*: 446-450.

Room R, Babor T, Rehm J (2005): Alcohol and public health. *Lancet 2005*;365: 519-30

Royal College of Physicians (2001): Alcohol. Can the NHS afford it? Ed. RCP. Disponible en (último acceso 31/3/2013): [www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/alcohol\\_nhsweb.pdf](http://www.rcplondon.ac.uk/sites/default/files/documents/alcohol_nhsweb.pdf)

Ryan M, Netten A, Skatun D, Smith P (2006): Using discrete choice experiments to estimate a preference-based measure of outcome—An application to social care for older people. *Journal of Health Economics 25*: 927–944

Saarni S, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, Lonnqvist J (2007): Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *British journal of psychiatry 190*: 326-332.

San Miguel F, Ryan M, Amaya-Amaya M (2005) : “Irrational” stated preferences: a quantitative and qualitative investigation. *Health Economics, 14*(3), 307-322.

Sanderson K, Andrews G, Corry J, Lapsley H (2004): Using the effect size to model change in preference values from descriptive health status. *Quality of Life Research 13*: 1255–1264.

Scandurra R, García-Altés A, Nebot M (2011): Impacto social del consumo abusivo de alcohol en el Estado Español. Consumo, coste y políticas. *Rev Esp Salud Pública 85*: 149-157

Schori M (2011): Valuation of drug abuse: a review of current methodologies and implications for policy making. *Research on Social Work Practice 21* (4): 421-31.

Scottish Government (2008): “Costs of alcohol use and misuse in Scotland”.

Disponible en (ultimo acceso 31/3/2013):

<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/222103/0059736.pdf>

Sintonen H (1994): The 15D Measure of Health Related Quality of Life: Reliability, Validity and Sensitivity of its Health State Descriptive System. Ed. Centre for Health Program Evaluation, Monash University.

Stouthard ME, Essink-Bot ML, Bonsel GL (2000): Disability weights for diseases: A modified protocol and results for a Western European region. *Eur. J. Publ. Health 10*: 24-30.

- Stranges S, Notaro J, Freudenheim JL, Calogero RM, Muti P, Farinaro E, Russell M, Nochajski TH, Trevisan M. (2006): Alcohol drinking pattern and subjective health in a population-based study. *Addiction* 101(9):1265-76.
- Tang CH, Liu JT, Chang CW, Chang WY (2007): Willingness to pay for drug abuse treatment: results from a contingent valuation study in Taiwan. *Health Policy* 82: 251-262.
- Taylor RS, Drummond MF, Salkeld G, Sullivan SD (2004): Inclusion of cost effectiveness in licensing requirements of new drugs: the fourth hurdle. *Br Med J* 329:972.
- Torrance GW, Feeny D, Furlong W (2001): Visual Analog Scales: do they have a role in the measurement of preferences for health states? *Medical Decision Making* 21(4): 329–334.
- Tsuchiya A, Brazier J, Roberts J (2006): Comparison of valuation methods used to generate the EQ-5D and the SF-6D value sets. *Journal of Health Economics* 25: 334–346.
- UKATT Research Team. (2005): Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: findings of the randomised UK alcohol treatment trial (UKATT). *Br Med J* 331:544–8.
- Vaillant GE (2003): A 60-year follow-up of alcoholic men. *Addiction* 98:1043–1051.
- Villalbí J, Granero L, Brugal MT (2008): Políticas de regulación del alcohol en España: ¿salud pública basada en la experiencia? Informe SESPAS. *Gac Sanit* 22 (Supl 1): 79 – 85.
- Viskusi WK, Magat WA, Huber J (1987): An investigation of the rationality of consumer valuations of multiple health risks. *Rand Journal of Economics* 18: 465-479.
- Walters D, Connor J, Feeney G, Young R (2009): The Cost Effectiveness of Naltrexone Added to Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of Alcohol Dependence. *Journal of Addictive Diseases* 28, 2: 137-14.
- Ware JE, Snow KK, Kolinski M, Gandek B (1993): SF-36 Health survey manual and interpretation guide. Ed. The Health Institute, New England Medical Centre, Boston, MA.
- WHO (1992): The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Disponible en (último acceso

31/3/2013): [www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf](http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf)

WHO (2002): Informe sobre la salud en el mundo 2002. Disponible en (último acceso 31/3/2013): [www.who.int/whr/2002/es](http://www.who.int/whr/2002/es)

WHO (2004): "Unrecorded consumption and drinking prevalences". Disponible en (último acceso 31/3/2013): [www.eurocare.org/btg/countryreports/index.html](http://www.eurocare.org/btg/countryreports/index.html)

WHO (2005a): Framework for alcohol policy in the WHO European Region. Disponible en (último acceso 31/3/2013): [www.euro.who.int/document/e88335.pdf](http://www.euro.who.int/document/e88335.pdf)

WHO (2005b): Alcohol policy in the WHO European Region: current status and the way forward. World Health Organization Regional Office for Europe. Disponible en (último acceso 31/3/2013): [www.parpa.pl/download/fs1005e2.pdf](http://www.parpa.pl/download/fs1005e2.pdf)

WHO (2008): The global burden of disease. Update 2004. Disponible en (último acceso 31/3/2013): [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004updatefull.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004updatefull.pdf)

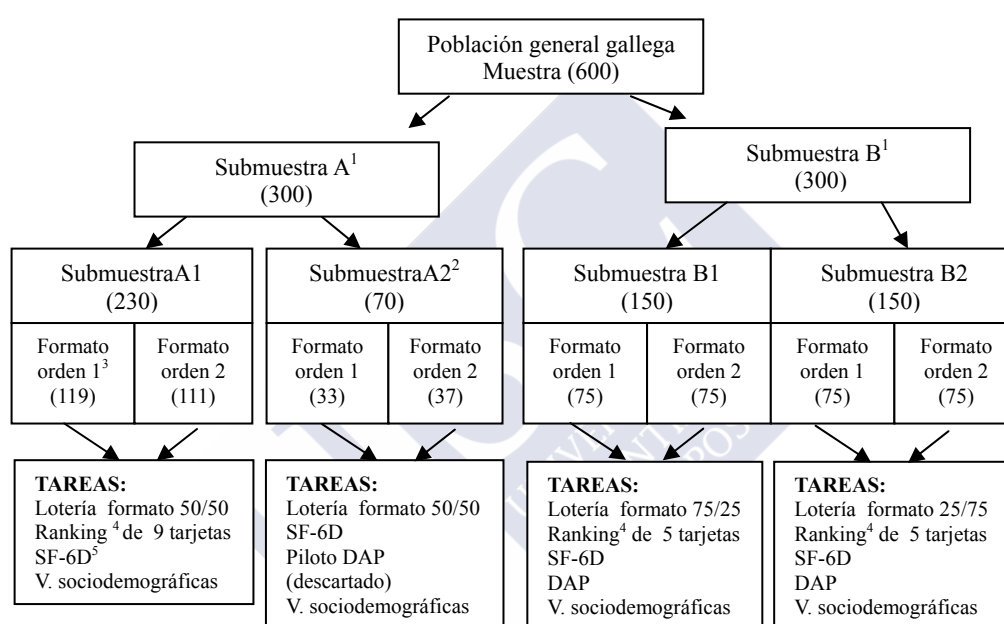
WHO (2010): Estrategia mundial para reducir el consumo nocivo de alcohol. Disponible en (último acceso 31/3/2013): [www.who.int/entity/substance\\_abuse/activities/msbalestrategies.pdf](http://www.who.int/entity/substance_abuse/activities/msbalestrategies.pdf)

Wittchen HU, Lachner G, Wunderlich U, Pfister H (1998): Test-retest reliability of the computerized DSM-IV version of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI). *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiol* 33: 568-578.

Zarkin G, Hubbard R (1998): Analytic issues for estimating the benefits and costs of substance abuse prevention. *NIDA Monograph* 176: 141-160.

# ANEXOS

## Anexo 1. Esquemas de las muestras y tareas



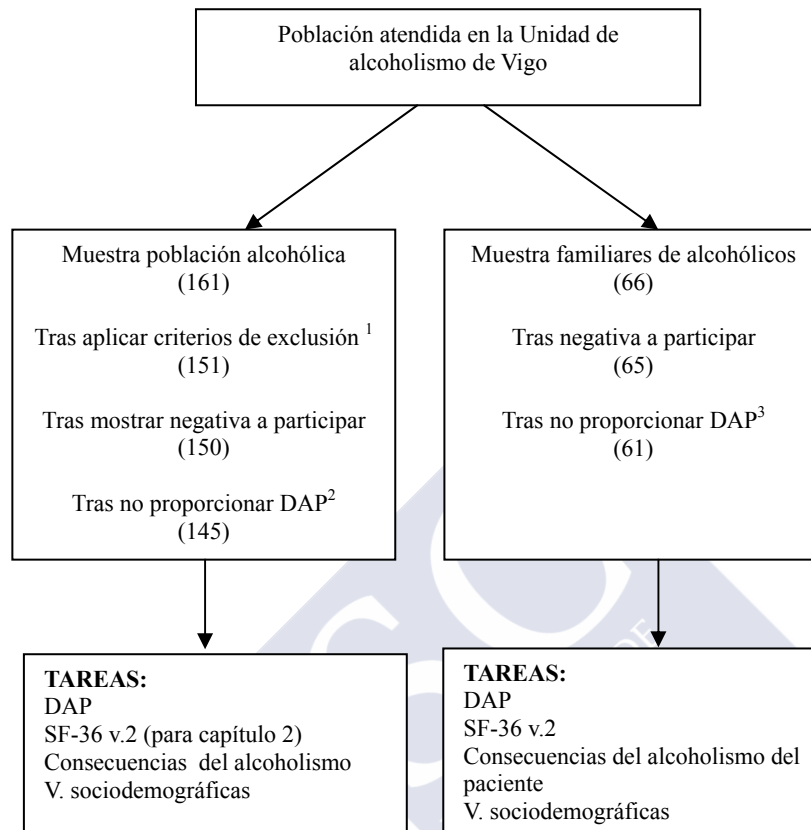
<sup>1</sup> La submuestra A se utilizó fundamentalmente para realizar el formato de lotería 50/50 (capítulo 3), mientras que la submuestra B se utilizó para: el contraste de validez al cambio de formato de la lotería (para la que se subdividió a su vez en 2 submuestras: la B1 para realizar la lotería en formato 75/25 y la B2 para el formato 25/75), también en el capítulo 3, y para la disposición a pagar (DAP) en el capítulo 4.

<sup>2</sup> La submuestra A2, además de las tareas de lotería, SF-6D y variables, se utilizó para hacer un estudio piloto sobre la DAP, pero su modelo fue descartado. Se realizó el modelo definitivo de DAP en toda la submuestra B.

<sup>3</sup> Todas las submuestras se han dividido a su vez para, de forma aleatoria, utilizar uno de los dos formatos de orden, con el objetivo de suavizar el sesgo de orden de las tarjetas.

<sup>4</sup> El ranking se utilizó como criterio de validez convergente. En la submuestra A1 se aplicó a las 9 tarjetas evaluadas, mientras que en la submuestra B se aplicó a cinco de ellas, elegidas aleatoriamente, para hacer más sencilla la tarea.

<sup>5</sup> El cuestionario SF-6D fue utilizado para el cálculo de utilidades del capítulo 2.



<sup>1</sup> Criterios de exclusión: intoxicación alcohólica aguda, descompensación de patología psiquiátrica, deterioro cognitivo que impida la realización de las tareas.

<sup>2</sup> Cinco pacientes fueron excluidos al no poder proporcionar la DAP, pero fueron incluidos en la muestra del capítulo 2 por completar el cuestionario SF-36.

<sup>3</sup> Cuatro pacientes fueron excluidos al no proporcionar la DAP, pero dos de ellos se incluyeron en la muestra del capítulo 2 por completar el cuestionario SF-36.



## ***Anexo 2. Identificación de dimensiones y niveles***

Los atributos o dimensiones de una patología como la dependencia alcohólica son aquellas consecuencias que pueden presentarse y que nos permiten identificar diferentes perfiles de pacientes por la presencia o no de estas dimensiones y por los distintos niveles o grados de intensidad con que pueden aparecer. Estas dimensiones se pueden encontrar en la literatura como descripciones de posibles consecuencias pero sin que se pueda inferir cuáles son las más relevantes. Además esta relevancia puede variar según el rol del sujeto (el propio alcohólico, las personas de su entorno, la población general, etc) dentro de este campo.

De ahí la importancia que adquiere poder contrastar diferentes visiones del problema. Para ello, una de las técnicas que se pueden usar es la de los grupos focales. Los grupos focales son grupos de discusión que permiten, mediante la exposición libre, la discusión y el consenso, ordenar aquellas consecuencias que el problema en cuestión puede originar. Así, para este trabajo, decidimos formar 2 grupos: uno de profesionales involucrados en el tratamiento de la dependencia alcohólica y otro de personas afectadas por esta patología.

### **Formación de los Grupos focales**

El grupo formado por profesionales se reclutó entre los que trabajan en la Unidad de Alcoholismo de Vigo. Su composición final incluyó a 5 personas: 2 psicólogas con más de 20 años de experiencia profesional en esta Unidad, 1 estudiante de Psicología de último año de licenciatura en período de prácticas a punto de finalizar y 2 trabajadoras sociales.

El grupo de pacientes con dependencia alcohólica también estuvo formado por 5 personas. Estas personas fueron seleccionadas entre aquellas que estaban en tratamiento en la Unidad en aquel momento, aunque en distintos momentos de

evolución. Así, el grupo se formó con un paciente con inicio de tratamiento reciente y con consumo activo, una paciente jubilada con años de tratamiento y en remisión estable de su alcoholismo, un paciente con frecuentes recaídas, una paciente en fase de remisión y un paciente también en fase de remisión estable de su dependencia. En ambos grupos, el autor de esta tesis ejerció la función de moderador y facilitador de las tareas, evitando discusiones estériles que se salieran de los objetivos marcados.

### **Tareas realizadas**

La primera tarea solicitada a los participantes fue que después de un tiempo de reflexión, uno por uno, explicitaran aquellas consecuencias del alcoholismo que les parecieran relevantes. Todas ellas se fueron colocando en un panel por el moderador. En segundo lugar, se procedió a discutir entre todos sobre estas consecuencias expuestas en el panel, aclarando conceptos e intentando agruparlas lo más posible. Por último, la tercera tarea consistió en priorizar individualmente estas consecuencias, numerándolas de más a menos importante. Es decir, cada sujeto le asignaba un uno a aquella dimensión que le pareciera más relevante, un dos a la segunda en importancia, y así sucesivamente.

### **Resultados**

En las tablas A2.1 y A2.2, se presentan las consecuencias obtenidas en ambos grupos. El número que aparece como ranking, es la suma de la puntuación obtenida por esa dimensión concreta por parte de los 5 participantes. Como podemos observar, existen algunas dimensiones que se repiten en ambos grupos, pero otras son distintas o al menos están nombradas de forma distinta.

**Tabla A2.1: Dimensiones obtenidas en el grupo de profesionales**

	Ranking
Consecuencias familiares	8
Trastornos mentales	14
Trastornos físicos	15
Deterioro social	23
Deterioro esfera personal	26
Problemas laborales	30
Problemas legales	31
Gasto sanitario	32
Conducta agresiva	39

**Tabla A2.2: Dimensiones obtenidas en el grupo de alcohólicos**

	Ranking
Deterioro esfera personal	6
Problemas de los "otros"	22
Dificultades sociales	22
Divorcios	27
Problemas psíquicos en allegados	28
Dificultades psíquicas	30
Dificultades físicas	30
Discriminación de género	32
Dificultades laborales	33
Tráfico	39

Hubo, por lo tanto, que proceder a una unificación de las dimensiones en una sola lista. Este proceso lo podemos resumir en los siguientes puntos:

- La dimensión puntuada en primer lugar por los pacientes (deterioro de la esfera personal) fue puntuada en 5º lugar por los profesionales. En realidad, es un atributo que tiene que ver con las consecuencias mentales del alcoholismo y, en caso de ser desechado, estaría suficientemente representado por las consecuencias psíquicas.
- La 2ª de los pacientes no fue contemplada por el grupo de profesionales. Es un grupo de síntomas del deterioro en las relaciones familiares visto desde la perspectiva del paciente. Podría por lo tanto agruparse con el atributo de consecuencias familiares.

- La 3ª de pacientes con la 4ª de profesionales, referidas ambas al deterioro de la situación social.
- La dimensión 4ª de pacientes referida a divorcios podría también incluirse dentro de las consecuencias familiares.
- La 5ª en la lista de pacientes también podría incluirse dentro de consecuencias familiares.
- La dimensión referida a salud mental es la 6ª en el grupo de pacientes y la 2ª en el de profesionales. Esta es una diferencia difícil de consensuar pues la distancia en importancia es significativa. Pero también pensamos que el 1º de pacientes estaría incluido aquí, por lo que el atributo de trastornos mentales ganaría posiciones en el ranking de pacientes.
- Algo similar ocurre con la dimensión referida a la salud física que ocupa el 7º lugar en el grupo de pacientes y el 3º en el de profesionales.
- La dimensión 9ª citada por los profesionales referido a la agresividad, se encuentra incluida tanto dentro de consecuencias familiares como de deterioro de la esfera personal, con lo cual podría ser agrupada en ambos.
- Los problemas de tráfico que ponen en 10º lugar los pacientes puede incluirse dentro de los problemas legales que han propuesto los profesionales en 7º lugar.
- Con respecto a la discriminación de género, podríamos considerarla también incluida dentro de los problemas sociales, pues es la sociedad la que discrimina doblemente a la mujer alcohólica.

Teniendo en cuenta estos puntos de reagrupamiento, procedimos a rehacer las puntuaciones. En la tabla A2.3, están representadas las dimensiones resultantes de la

reunificación. Como se puede observar, los cuatro atributos que ocupan las primeras posiciones hacen referencia a los efectos intangibles de la dependencia alcohólica, por lo que han sido seleccionados para el análisis posterior.

***Tabla A2.3: Listado de dimensiones***

Consecuencias familiares

Trastornos mentales

Trastornos físicos

Deterioro social

Problemas laborales

Problemas legales

Gasto sanitario

### **Identificación de niveles**

Definidas las dimensiones, la siguiente tarea consistió en establecer los niveles de gravedad con los que éstas se pueden presentar. Para ello revisamos la literatura científica y volvimos a reunir al grupo de profesionales para que opinaran sobre los niveles. Como vemos en la tabla A2.44, en las dimensiones se presentaba un primer nivel en que no existen tales consecuencias o estas podemos considerarlas mínimas. El segundo nivel se refiere a problemas de intensidad o gravedad que podemos considerar moderada. Y el tercer nivel se refiere a la presencia de consecuencias graves. Definimos, además, ejemplos que permitirían facilitar la comprensión del perfil de alcohólico que se intentará evaluar.

**Tabla A2.4: Dimensiones y niveles de la dependencia alcohólica**

<p><b>Consecuencias familiares:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas tiene problemas familiares</li> <li>• Problemas familiares moderados como discusiones frecuentes, falta de confianza, maltrato verbal o difícil convivencia.</li> <li>• Problemas familiares graves como ruptura con la pareja, maltrato físico con la familia o nula relación con la familia</li> </ul>
<p><b>Consecuencias en salud física:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas tiene efectos en su salud física.</li> <li>• Problemas de salud no graves como caídas o hígado inflamado.</li> <li>• Problemas de salud graves como cirrosis o fracturas graves.</li> </ul>
<p><b>Consecuencias psíquicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas le ha generado problemas psíquicos.</li> <li>• Problemas psíquicos moderados sentimiento de culpa o vergüenza, pérdida de autoestima, depresión leve o problemas de memoria.</li> <li>• Problemas psíquicos importantes como depresión severa o comportamientos incoherentes.</li> </ul>
<p><b>Consecuencias sociales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apenas le ha generado problemas psíquicos.</li> <li>• Problemas psíquicos moderados sentimiento de culpa o vergüenza, pérdida de autoestima, depresión leve o problemas de memoria.</li> <li>• Problemas psíquicos importantes como depresión severa o comportamientos incoherentes.</li> </ul>

### Anexo 3. Tarjetas utilizadas en los capítulos 3 y 4

Tarjeta 1 (0201)	Tarjeta 2 (2210)	Tarjeta 3 (0120)
<p><b>Problemas familiares graves</b> como ruptura con la pareja, maltrato físico con la familia o nula relación con la familia.</p> <p>Apenas tiene efectos en su salud física.</p> <p><b>Problemas síquicos importantes</b> como depresión severa o comportamientos incoherentes.</p> <p><b>Algunos problemas sociales</b> como dificultades para relacionarse con otras personas o pérdida de aficiones.</p>	<p><b>Problemas familiares graves</b> como ruptura con la pareja, maltrato físico con la familia o nula relación con la familia.</p> <p><b>Problemas de salud graves</b> como cirrosis o fracturas graves.</p> <p><b>Problemas síquicos moderados</b> como sentimiento de culpa, pérdida de autoestima, depresión leve o problemas de memoria.</p> <p>No afecta a su comportamiento social.</p>	<p>Apenas tiene problemas familiares.</p> <p><b>Problemas de salud no graves</b> como caídas o hígado inflamado.</p> <p><b>Problemas síquicos importantes</b> como depresión severa o comportamientos incoherentes.</p> <p>No afecta a su comportamiento social.</p>
Tarjeta 4 (0201)	Tarjeta 5 (0012)	Tarjeta 6 (1222)
<p>Apenas tiene problemas familiares.</p> <p><b>Problemas de salud graves</b> como cirrosis o fracturas graves.</p> <p>Apenas le ha generado problemas síquicos.</p> <p><b>Algunos problemas sociales</b> como dificultades para relacionarse con otras personas o pérdida de aficiones.</p>	<p>Apenas tiene problemas familiares.</p> <p>Apenas tiene efectos en su salud física.</p> <p><b>Problemas síquicos moderados</b> como sentimiento de culpa, pérdida de autoestima, depresión leve o problemas de memoria.</p> <p><b>Problemas sociales importantes</b> como ausencia de relaciones sociales o conductas sociales inapropiadas.</p>	<p><b>Problemas familiares moderados</b> como discusiones frecuentes, falta de confianza, maltrato verbal o difícil convivencia.</p> <p><b>Problemas de salud graves</b> como cirrosis o fracturas graves.</p> <p><b>Problemas síquicos importantes</b> como depresión severa o comportamientos incoherentes.</p> <p><b>Problemas sociales importantes</b> como ausencia de relaciones sociales o conductas sociales inapropiadas.</p>

**Tarjeta 7 (1111)**

**Problemas familiares moderados** como discusiones frecuentes, falta de confianza, maltrato verbal o difícil convivencia.

**Problemas de salud no graves** como caídas o hígado inflamado.

**Problemas síquicos moderados** como sentimiento de culpa, pérdida de autoestima, depresión leve o problemas de memoria.

**Algunos problemas sociales** como dificultades para relacionarse con otras personas o pérdida de aficiones.

**Tarjeta 8 (2102)**

**Problemas familiares graves** como ruptura con la pareja, maltrato físico con la familia o nula relación con la familia.

**Problemas de salud no graves** como caídas o hígado inflamado.

Apenas le ha generado problemas síquicos.

**Problemas sociales importantes** como ausencia de relaciones sociales o conductas sociales inapropiadas.

**Tarjeta 9 (1000)**

**Problemas familiares moderados** como falta de confianza, discusiones frecuentes, maltrato verbal o difícil convivencia.

Apenas tiene efectos en su salud física.

Apenas le ha generado problemas síquicos.

No afecta a su comportamiento social.



## **Anexo 4. Cuestionario utilizado en los capítulos 3 y 4**

### **Formato 1 (50/50). MANUAL DEL ENTREVISTADOR**

#### **Sección primera. Lotería**

Buenos/as días/tardes.

Estamos realizando una encuesta para la universidad en colaboración con investigadores médicos en la que se trata de obtener la opinión de de la población gallega sobre el problema de alcoholismo. La duración de la encuesta será de aproximadamente 20 minutos y su opinión nos será de gran utilidad para nuestro trabajo. Las entrevistas serán anónimas ¿Podríamos realizar ahora la entrevista?

Como bien sabe el alcoholismo es un grave problema para la persona que lo padece y para la sociedad. Suele empezar a edades tempranas pero se puede prolongar y empeorar a lo largo de la vida. Entre las principales consecuencias negativas del alcoholismo destacan los problemas de salud física y mental que genera, los problemas de convivencia dentro de la familia y los problemas sociales al margen de la familia (problemas de integración, exclusión social, falta de ocio, falta de relaciones sociales etc.).

A nosotros nos interesa saber su opinión sobre la importancia de todos estos problemas. Para ello le pediremos que se imagine distintas situaciones hipotéticas. Recuerde que, aunque no son reales, nos gustaría que usted se imaginara que está viviendo dicha situación. Empezamos, por tanto, la entrevista.

Suponga que debido a determinadas circunstancias de la vida, usted sufre una situación de dependencia alcohólica que le ha provocado las consecuencias que se describen en esta tarjeta:

*[Mostrar primera tarjeta, aleatoriamente seleccionada, del bloque correspondiente]*

Léala atentamente. Imagine que se encuentra en dicha situación y que, si no se trata, usted permanecerá en ella el resto de su vida. Suponga también que dicha situación apenas le ha generado disminución de su renta, bien porque no ha tenido consecuencias sobre su trabajo, porque nunca trabajó, o porque recibe una ayuda social que compensa la pérdida. Es decir, queremos que tenga en cuenta únicamente las consecuencias que aparecen en la tarjeta.

Suponga que consulta con un especialista y éste le ofrece 2 tratamientos alternativos (A y B) totalmente gratuitos.

*[Explicar lo siguiente con la ayuda visual delante]*

**Tratamiento A :** consiste en una intervención quirúrgica que en 50 de cada 100 personas alcohólicas tiene éxito y, por tanto, eliminará totalmente su dependencia alcohólica el resto de su vida. Es decir, usted pasará de estar en la situación antes descrita a encontrarse en buena salud el resto de su vida. Sin embargo, en 50 de cada 100 fracasa, y usted permanecerá en dicha situación el resto de su vida. Es importante que usted considere que se trata de su última oportunidad y que si fracasa no habrá posibilidad de recuperación.

**Tratamiento B:** consiste en una intervención quirúrgica que en 50 de cada 100 personas tiene éxito y, por tanto, eliminará totalmente su dependencia alcohólica el resto de su vida. Sin embargo, 50 de cada 100 personas fallecen en la intervención.

*[Siga las instrucciones que se muestran en la hoja de respuestas, las cuales dependerán de lo que conteste en cada momento]*

Repetir el proceso con las 8 tarjetas restantes.

### **Sección segunda. Ordenación contingente (ranking)**

*[Una vez finalizado el entrevistador debe hacer dos grupos de tarjetas, un grupo con aquellas en que ha respondido A a la primera pregunta (B1) y otro en las que ha respondido B]*

*[Darle el primer grupo al entrevistado]*

Suponga que tuviese que elegir obligatoriamente una de estas situaciones ¿Cuál elegiría en primer lugar? Ordene todas las tarjetas de MAS a menos preferida.

*[Rellenar hoja de respuestas empezando en la C1]*

*[Darle el segundo grupo y pedirle que las ordenen de más a menos preferida, continuar relleno la hoja de respuestas del bloque C]*

## **Formato 2 (75/25). MANUAL DEL ENTREVISTADOR**

### **Sección primera. Lotería**

Buenos/as días/tardes.

Estamos realizando una encuesta para la universidad en colaboración con investigadores médicos en la que se trata de obtener la opinión de de la población gallega sobre el problema de alcoholismo. La duración de la encuesta será de aproximadamente 20 minutos y su opinión nos será de gran utilidad para nuestro trabajo. Las entrevistas serán anónimas ¿Podríamos realizar ahora la entrevista?

Como bien sabe el alcoholismo es un grave problema para la persona que lo padece y para la sociedad. Suele empezar a edades tempranas pero se puede prolongar y empeorar a lo largo de la vida. Entre las principales consecuencias negativas del alcoholismo destacan los problemas de salud física y mental que genera, los problemas de convivencia dentro de la familia y los problemas sociales al margen de la familia (problemas de integración, exclusión social, falta de ocio, falta de relaciones sociales etc.).

A nosotros nos interesa saber su opinión sobre la importancia de todos estos problemas. Para ello le pediremos que se imagine distintas situaciones hipotéticas. Recuerde que, aunque no son reales, nos gustaría que usted se imaginara que está viviendo dicha situación. Empezamos, por tanto, la entrevista.

Suponga que debido a determinadas circunstancias de la vida, usted sufre una situación de dependencia alcohólica que le ha provocado las consecuencias que se describen en esta tarjeta:

*[Mostrar primera tarjeta, aleatoriamente seleccionada, del bloque correspondiente]*

Léala atentamente. Imagine que se encuentra en dicha situación y que, si no se trata, usted permanecerá en ella el resto de su vida. Suponga también que dicha situación

apenas le ha generado disminución de su renta, bien porque no ha tenido consecuencias sobre su trabajo, porque nunca trabajó, o porque recibe una ayuda social que compensa la pérdida. Es decir, queremos que tenga en cuenta únicamente las consecuencias que aparecen en la tarjeta.

Suponga que consulta con un especialista y éste le ofrece 2 tratamientos alternativos (A y B) totalmente gratuitos.

*[Explicar lo siguiente con la ayuda visual delante]*

**Tratamiento A:** consiste en una intervención quirúrgica que en **75 de cada 100** personas alcohólicas tiene éxito y, por tanto, eliminará totalmente su dependencia alcohólica el resto de su vida. Es decir, usted pasará de estar en la situación antes descrita a encontrarse en buena salud el resto de su vida. Sin embargo, en 25 de cada 100 fracasa, y usted permanecerá en dicha situación el resto de su vida. Es importante que usted considere que se trata de su última oportunidad y que si fracasa no habrá posibilidad de recuperación.

**Tratamiento B:** consiste en una intervención quirúrgica que en **75 de cada 100** personas tiene éxito y, por tanto, eliminará totalmente su dependencia alcohólica el resto de su vida. Sin embargo, 25 de cada 100 personas fallecen en la intervención.

*[Siga las instrucciones que se muestran en la hoja de respuestas, las cuales dependerán de lo que conteste en cada momento]*

Repetir el proceso con las 8 tarjetas restantes.

### **Sección segunda. Ordenación contingente y DAP**

Considere ahora las siguientes situaciones:

*[Mostrar 5 tarjetas, a la vez, seleccionadas aleatoriamente]*

Ordena las siguientes tarjetas poniendo en primer lugar aquella que representa una MEJOR situación y en último lugar aquella que representa una PEOR situación (es decir de más a menos preferida).

*[apuntar el número de las tarjetas en las hoja de respuestas H1-H5, siguiendo el orden dado por el entrevistado. Los entrevistados siempre deberán tener delante las*

*tarjetas ordenadas para que sean conscientes de que estamos pasando de una tarjeta más preferida a una menos preferida]*

Fíjese en la primera tarjeta. Suponga ahora que por determinadas circunstancias de la vida, usted se encuentra en esta situación y si no se trata permanecerá en ella el resto de su vida.

Al buscar la ayuda de un especialista, éste le ofrece dos tratamientos que combinan ayuda psicológica y fármacos.

**A. Tratamiento habitual**, está financiado totalmente por la Seguridad Social, es decir gratuito, que elimina dicha dependencia en 80 de cada 100 personas alcohólicas. Por tanto, 80 de cada 100 pacientes recuperan totalmente su salud y dejan de tener todos los problemas que se muestran en la tarjeta, pero en 20 de cada 100 personas el tratamiento fracasa y permanecerán en esta situación el resto de su vida.

**B. Tratamiento alternativo**, totalmente eficaz que garantiza la curación a todos los pacientes (pero sólo podrá administrarse si no ha seguido el tratamiento habitual). Dicho tratamiento para que sea efectivo debe tomarse el resto de su vida pues si deja de hacerlo volverá a su situación inicial. Aunque los tratamientos para la dependencia alcohólica están cubiertos por la Seguridad Social y seguirán estándolo, para este estudio es necesario que usted se imagine que este tratamiento B no lo paga la Seguridad Social.

A continuación le mostraremos distintas unidades monetarias

*[Mostrar listado de cantidades monetarias. En todo momento el entrevistado deberá tener delante las tarjetas ordenadas al lado derecho de la mesa y la hoja de cantidades al lado izquierdo].*

Y usted deberá decir cuánto pagaría cada mes como máximo por el tratamiento alternativo, CON SEGURIDAD (si tiene dudas no marque esa cantidad) y aquella cantidad por encima de la cual usted está seguro que no pagaría y por tanto elegiría el tratamiento habitual.

Siempre debe tener en cuenta que debe hacer ese PAGO MENSUAL el resto de su vida y, por tanto, tendría que dejar de consumir otros bienes o ahorrar menos para poder pagarlo.

	<i>N<sup>a</sup> tarjeta</i> <b>H1</b>   _   _	<i>N<sup>a</sup> tarjeta</i> <b>H2</b>   _   _	<i>N<sup>a</sup> tarjeta</i> <b>H3</b>   _   _	<i>N<sup>a</sup> tarjeta</i> <b>H4</b>   _   _	<i>N<sup>a</sup> tarjeta</i> <b>H5</b>   _   _
<i>5 euros</i>					
<i>10 euros</i>					
<i>30 euros</i>					
<i>80 euros</i>					
<i>100 euros</i>					
<i>150 euros</i>					
<i>200 euros</i>					
<i>250 euros</i>					
<i>300 euros</i>					
<i>350 euros</i>					
<i>400 euros</i>					
<i>450 euros</i>					
<i>500 euros</i>					
<i>550 euros</i>					
<i>600 euros</i>					
<i>+ de 600</i>					

*[Rellenar hoja de respuestas empezando en la H1. Ponga SI en la máxima cantidad que pagaría con seguridad y NO en aquella que con seguridad no pagaría. Puede*

*haber celdas vacías en medio. Ejemplo si han dicho que lo máximo que pagaría con seguridad es 100 euros, con 150 y 200 tienen dudas y con 250 no pagaría, entonces deberá poner SI en la casilla correspondiente a 100 euros, las casillas correspondientes a 150 y 200 estarán vacías y deberá poner un NO en la casilla correspondiente a 250 euros]*

Ahora suponga que se encuentra en esta tarjeta, que según el orden que ha realizado representa una situación peor ¿Cuánto estaría dispuesto a pagar como máximo por el tratamiento alternativo que garantiza el éxito teniendo en cuenta que el tratamiento tradicional tiene una probabilidad de éxito del 80%.

*[Repetir la pregunta anterior con las restantes tarjetas has completar las 5 seleccionadas]*

### **Formato 3 (25/75). MANUAL DEL ENTREVISTADOR**

#### **Sección primera.**

Buenos/as días/tardes.

Estamos realizando una encuesta para la universidad en colaboración con investigadores médicos en la que se trata de obtener la opinión de de la población gallega sobre el problema de alcoholismo. La duración de la encuesta será de aproximadamente 20 minutos y su opinión nos será de gran utilidad para nuestro trabajo. Las entrevistas serán anónimas ¿Podríamos realizar ahora la entrevista?

Como bien sabe el alcoholismo es un grave problema para la persona que lo padece y para la sociedad. Suele empezar a edades tempranas pero se puede prolongar y empeorar a lo largo de la vida. Entre las principales consecuencias negativas del alcoholismo destacan los problemas de salud física y mental que genera, los problemas de convivencia dentro de la familia y los problemas sociales al margen de la familia (problemas de integración, exclusión social, falta de ocio, falta de relaciones sociales etc.).

A nosotros nos interesa saber su opinión sobre la importancia de todos estos problemas. Para ello le pediremos que se imagine distintas situaciones hipotéticas. Recuerde que, aunque no son reales, nos gustaría que usted se imaginara que está viviendo dicha situación. Empezamos, por tanto, la entrevista.

Suponga que debido a determinadas circunstancias de la vida, usted sufre una situación de dependencia alcohólica que le ha provocado las consecuencias que se describen en esta tarjeta:

*[Mostrar primera tarjeta, aleatoriamente seleccionada, del bloque correspondiente]*

Léala atentamente. Imagine que se encuentra en dicha situación y que, si no se trata, usted permanecerá en ella el resto de su vida. Suponga también que dicha situación apenas le ha generado disminución de su renta, bien porque no ha tenido consecuencias sobre su trabajo, porque nunca trabajó, o porque recibe una ayuda social que compensa la pérdida. Es decir, queremos que tenga en cuenta únicamente las consecuencias que aparecen en la tarjeta.

Suponga que consulta con un especialista y éste le ofrece 2 tratamientos alternativos (A y B) totalmente gratuitos.

*[Explicar lo siguiente con la ayuda visual delante]*

**Tratamiento A :** consiste en una intervención quirúrgica que en **25 de cada 100** personas alcohólicas tiene éxito y, por tanto, eliminará totalmente su dependencia alcohólica el resto de su vida. Es decir, usted pasará de estar en la situación antes descrita a encontrarse en buena salud el resto de su vida. Sin embargo, en 75 de cada 100 fracasa, y usted permanecerá en dicha situación el resto de su vida. Es importante que usted considere que se trata de su última oportunidad y que si fracasa no habrá posibilidad de recuperación.

**Tratamiento B:** consiste en una intervención quirúrgica que en **25 de cada 100** personas tiene éxito y, por tanto, eliminará totalmente su dependencia alcohólica el resto de su vida. Sin embargo, 75 de cada 100 personas fallecen en la intervención.

*[Siga las instrucciones que se muestran en la hoja de respuestas, las cuales dependerán de lo que conteste en cada momento]*

Repetir el proceso con las 8 tarjetas restantes.

### **Sección segunda. Ordenación contingente y DAP**

Como en el formato 2

### **Para todos los formatos**



### **Sección tercera. PARA TODOS LOS ENCUESTADOS**

**Ahora le vamos a hacer unas preguntas generales sobre su salud [marcar solo una opción de cada pregunta]**

*E1. ¿En día normal su salud actual le limita para hacer las siguientes actividades?*

1. No le limita para hacer esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores).
2. Le limita un poco para hacer esfuerzos intensos, pero no moderados.
3. Le limita un poco para hacer esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar una aspiradora, caminar más de una hora...) pero no para bañarse o vestirse.
4. Le limita mucho para hacer esfuerzos moderados, pero no para bañarse o vestirse.
5. Le limita un poco para bañarse o vestirse.
6. Le limita mucho para bañarse o vestirse.

*E2. ¿Durante las últimas 4 semanas, ha tenido ha tenido que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en otras sus actividades cotidianas a causa de su salud física o hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?*

1. No tuvo problemas.
2. Ha dejado de algunas tareas a causa de su salud física (no emocional).
3. Hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (no físico).
4. Ha dejado de hacer algunas tareas a causa de su salud física **Y** hace menos de lo que quisiera a causa de algún problema emocional.

*E3. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia su salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?*

1. Nunca.
2. Sólo alguna vez.
3. Algunas veces.
4. Casi siempre.
5. Siempre.

*E4. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo/tarea habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?*

1. No tiene dolor.
2. Tiene dolor pero no ha dificultado su trabajo habitual.
3. Le ha dificultado un poco.
4. Le ha dificultado regular/moderadamente.

5. Le ha dificultado bastante.
6. Le ha dificultado mucho.

E5. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso, o desanimado/triste(deprimido)?

1. Nunca.
2. Sólo alguna vez.
3. Algunas veces.
4. Casi siempre.
5. Siempre.

E6. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo mucha energía?

1. Siempre.
2. Casi siempre.
3. Algunas veces.
4. Sólo alguna vez.
5. Nunca.

**Sección cuarta. PARA TODOS LOS ENCUESTADOS** Ahora le agradecería que contestase a algunas preguntas sobre su **situación familiar**. [todas sus respuestas son estrictamente **confidenciales**]

F1. Municipio de residencia \_\_\_\_\_

F2. Edad | \_ | \_ | F3. Sexo: Hombre ☐\_1 Mujer ☐\_2

¿Con quién vive?:

F4. Solo Sí ☐\_1 No ☐\_2

F5. Con su pareja Sí ☐\_1 No ☐\_2

F6. Con sus hijo/s Sí ☐\_1 No ☐\_2

F7. ¿Cuántas personas viven habitualmente en su hogar? .....

F8. ¿Cuántas de estas personas son menores de 14 años? .....

F9. N° de hijos: \_\_\_\_\_

F10. Nivel de estudios:

- Sin estudios.....☐\_1
- EGB / Primaria o similar.... ☐\_2
- Estudios medios (Bachillerato, BUP, Formación Profesional..)..☐\_3
- Estudios universitarios de grado medio o superior...☐\_4
- No sabe/ No contesta.... ☐\_5

F11. Actualmente, ¿cuál es su situación laboral?:

- Trabaja..... ☐\_1
- Jubilado o pensionista (anteriormente trabajando)... ☐\_2
- Pensionista (anteriormente sus labores)..... ☐\_3
- Desempleado .....☐\_4
- Estudiante.....☐\_6
- Sus labores..... ☐\_7

- Otras.....☐8
- No sabe/ No contesta.....☐9

**F12-13.** En la actualidad, cuales son aproximadamente sus ingresos mensuales y los de su hogar. Recuerde que se trata de una encuesta anónima y que tampoco nos interesa una cifra exacta.

Euros	F12. Ingresos personales	F13. Ingresos del hogar
Hasta 500	1	1
500-1000	2	2
1000- 1500	3	3
1.500- 2000	4	4
2000- 3000	5	5
3000- 4000	6	6
4000-5000	7	7
Más de 5000	8	8

**F14.** ¿Existe alguna persona cercana a usted que tenga problemas con el alcohol? (*personas diferentes al entrevistado*)

No ☐1

Si ☐2 **F15.** Conocido ☐1, Cercano ☐2, Muy cercano ☐3, Convive ☐4

**F16.** Para terminar, ¿cuál de las siguientes situaciones considera que le corresponde a usted mismo con respecto al alcohol?

No bebe ni ha bebido nunca.....☐1

Ha bebido esporádicamente (< de 1 vez al mes)..... ☐2

Bebe semanalmente.....☐3

Bebe diariamente.....☐4

Bebe en exceso.....☐5

No bebe en la actualidad, pero sí ha bebido mucho ☐6

**YA HEMOS ACABADO, MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.**

**G1.** Grado de comprensión de la entrevista por parte de entrevistado (a rellenar por el entrevistador):

• Excelente .... ☐1

• Bueno ..... ☐2

• Regular ..... ☐3

• Malo ..... ☐4

**G2.** Duración de la entrevista: |\_|\_|\_| (en minutos)

## **Anexo 5. Hoja de respuestas utilizada en el capítulo 5**

<b>HOJA DE RESPUESTAS PACIENTE</b>
------------------------------------

**A1. NUM REG:**    ☐☐☐    **Nº Hª Clínica:**    ☐☐☐☐

**A2. Disposición a pagar**

**A3. La cantidad referida:**

☐<sub>1</sub> Con total seguridad

☐<sub>2</sub> posible, pero no seguro

**A4. En caso de contestar la opción nº 2 en la pregunta previa, cual es la verdadera disposición a pagar :**

**A5. Disposición a pagar (II)**

**A6. La cantidad referida:**

☐<sub>1</sub> Con total seguridad

☐<sub>2</sub> posible, pero no seguro

**A7. En caso de contestar la opción nº 2 en la pregunta previa, cual es la verdadera disposición a pagar (II):**

### **CONSECUENCIAS**

**A8. Consecuencias familiares:** ☐<sub>1</sub> **Apenas**    ☐<sub>2</sub> **Algunas/leves**    ☐<sub>3</sub>

**Muchas/importantes**

**A9. Consecuencias en la salud:** ☐<sub>1</sub> **Apenas**    ☐<sub>2</sub> **Algunas/leves**    ☐<sub>3</sub>

**Muchas/importantes**

**A10. Consecuencias legales:** ☐<sub>1</sub> **Apenas**    ☐<sub>2</sub> **Algunas/leves**    ☐<sub>3</sub>

**Muchas/importantes**

**A11. Consecuencias laborales:** ☐<sub>1</sub> **Apenas**    ☐<sub>2</sub> **Algunas/leves**    ☐<sub>3</sub>

**Muchas/importantes**

### **VARIABLES DEFINITORIAS DE LAS CONSECUENCIAS**

☐ A12. Discusiones familiares no diarias

☐ A13. Discusiones familiares constantes de frecuencia prácticamente diaria

☐ A14. Maltrato verbal hacia la familia

☐ A15. Maltrato físico hacia la pareja

☐ A16. Enfrentamientos físicos con hijos

- ☐ A17. Nula relacion con hijos
- ☐ A18. Nula relación con familia de origen
- ☐ A19. Separación/divorcio
- ☐ A20. Deterioro renta familiar
- ☐ A21. Hepatopatía etílica sin cirrosis
- ☐ A22. Cirrosis
- ☐ A23. Epigastralgia
- ☐ A24. Traumatismos leves/moderados sin fracturas o con fracturas distales de miembros.
- ☐ A25. Traumatismos graves con fracturas centrales
- ☐ A26. Alcholemia positiva
- ☐ A27. Condena por alcholemias positivas reiteradas
- ☐ A28. Accidente de tráfico
- ☐ A29. Más de un accidente de tráfico
- ☐ A30. Retirada de carnet de conducir
- ☐ A31. Expediente en menores
- ☐ A32. Retirada de custodia de hijos
- ☐ A33. Orden de alejamiento
- ☐ A34. Condena por maltrato doméstico
- ☐ A35. Alguna baja laboral
- ☐ A36. Frecuentes bajas laborales
- ☐ A37. Absentismo esporádico sin baja laboral
- ☐ A38. Absentismo frecuente sin baja laboral
- ☐ A39. No renovación de contrato
- ☐ A40. Despido
- ☐ A41. Pensionista por invalidez relacionada con el alcohol
- ☐ A42. Peleas callejeras

### **VARIABLES RELACIONADAS CON EL ALCOHOL**

#### **a) Criterios diagnósticos de dependencia alcohólica:**

- ☐ A43. Tolerancia
- ☐ A44. Abstinencia
- ☐ A45. Gran cantidad/frecuencia
- ☐ A46. Deseo persistente
- ☐ A47. Mucho tiempo
- ☐ A48. Reducción de actividades
- ☐ A49. Continuar consumo a pesar de ...

#### **B) A50. Estadio de motivación para el cambio:**

- ☐<sub>1</sub> Pre-contemplación      ☐<sub>2</sub> Contemplación      ☐<sub>3</sub> Preparación
- ☐<sub>4</sub> Acción      ☐<sub>5</sub> Mantenimiento      ☐<sub>6</sub> Recaída

#### **C) A51. Cantidad de alcohol consumida(en UBE/semana) ☐☐☐**

#### **D) A52. Tipo de consumo:**

- ☐<sub>1</sub> Consumo diario

- ☐<sub>2</sub> Consumo de fin de semana  
☐<sub>3</sub> Consumo esporádico masivo  
 E) A53. Fecha inicio tratamiento      ☐ ☐ ☐ ☐ ☐  
 F) A54. Años de dependencia      ☐ ☐  
 G) A55. Situación actual del consumo: ☐<sub>1</sub> Abstinente ☐<sub>2</sub> Con caídas ☐<sub>3</sub> Recaída  
☐<sub>4</sub> Consumo menor que el previo ☐<sub>5</sub> Consumo similar a previo

### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

- A56. Sexo: ☐<sub>1</sub> Varón ☐<sub>2</sub> mujer  
 A57. Edad:      ☐ ☐  
 A58. Estado civil: ☐<sub>1</sub> Soltero/a ☐<sub>2</sub> Casado/a ☐<sub>3</sub> Separado/a  
☐<sub>4</sub> Divorciado/a ☐<sub>5</sub> Unión consensuada ☐<sub>6</sub> **Viudo/a**

#### **A59. Profesión:**

- ☐<sub>1</sub> Ama de casa  
☐<sub>2</sub> Trabajador no cualificado  
☐<sub>3</sub> Trabajador cualificado  
☐<sub>4</sub> Estudiante  
☐<sub>5</sub> Agricultor  
☐<sub>6</sub> Marinero  
☐<sub>7</sub> Técnicos y profesionales medios  
☐<sub>8</sub> Técnicos y profesionales superiores  
☐<sub>9</sub> Pequeños propietarios  
☐<sub>10</sub> Directivos, altos funcionarios y grandes empresarios  
☐<sub>11</sub> Militares  
☐<sub>12</sub> Sin profesión definida

#### **A60. Situación laboral**

- ☐<sub>1</sub> Nunca tuvo trabajo remunerado ☐<sub>2</sub> No tiene trabajo remunerado  
☐<sub>3</sub> Trabajo fijo ☐<sub>4</sub> Trabajo eventual  
☐<sub>5</sub> Parado remunerado ☐<sub>6</sub> Parado sin remunerar  
☐<sub>7</sub> Pensionista ☐<sub>8</sub> Jubilado  
☐<sub>9</sub> Otra situación

#### **A61. Estudios:**

- ☐<sub>1</sub> Analfabeto ☐<sub>2</sub> Lee y escribe ☐<sub>3</sub> Educación primaria  
☐<sub>4</sub> Educación secundaria ☐<sub>5</sub> Formación profesional  
☐<sub>6</sub> Estudios universitarios medios ☐<sub>7</sub> Estudios universitarios superiores

A62. Número de hijos ☐

A63. Renta personal ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

A64. Renta familiar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

### **HOJA DE RESPUESTAS FAMILIAR**

**NUM REG:**    ☐ ☐ ☐

**B1. Parentesco con el sujeto:**

- ☐<sub>1</sub> Pareja
- ☐<sub>2</sub> Hijo/a
- ☐<sub>3</sub> Hermano/a
- ☐<sub>4</sub> Padre/madre
- ☐<sub>5</sub> Otro

**B2. Disposición a pagar**

**B3. La cantidad referida:**

- ☐<sub>1</sub> Con total seguridad      ☐<sub>2</sub> posible, pero no seguro

**B4. Confirmación de la disposición a pagar :**

**B5. Disposición a pagar(II)**

**B6. La cantidad referida:**

- ☐<sub>1</sub> Con total seguridad      ☐<sub>2</sub> posible, pero no seguro

**B7. Confirmación de la disposición a pagar (II) :**

**CONSECUENCIAS**

**B8. Consecuencias familiares :**

- Apenas ☐<sub>1</sub>    Algunas/leves ☐<sub>2</sub>    Muchas/importantes ☐<sub>3</sub>

**B9. Consecuencias en la salud :**

- Apenas ☐<sub>1</sub>    Algunas/leves ☐<sub>2</sub>    Muchas/importantes ☐<sub>3</sub>

**B10. Consecuencias legales :**

- Apenas ☐<sub>1</sub>    Algunas/leves ☐<sub>2</sub>    Muchas/importantes ☐<sub>3</sub>

**B11. Consecuencias laborales :**

- Apenas ☐<sub>1</sub>    Algunas/leves ☐<sub>2</sub>    Muchas/importantes ☐<sub>3</sub>

**VARIABLES DEFINITORIAS DE LAS CONSECUENCIAS**

- ☐ B12. Discusiones familiares no diarias
- ☐ B13. Discusiones familiares constantes de frecuencia prácticamente diaria
- ☐ B14. Maltrato verbal hacia la familia
- ☐ B15. Maltrato físico hacia la pareja

- ☐ B16. Enfrentamientos físicos con hijos
- ☐ B17. Nula relación con hijos
- ☐ B18. Nula relación con familia de origen
- ☐ B19. Separación/divorcio
- ☐ B20. Deterioro renta familiar
- ☐ B21. Hepatopatía etílica sin cirrosis
- ☐ B22. Cirrosis
- ☐ B23. Epigastralgia
- ☐ B24. Traumatismos leves/moderados sin fracturas o con fracturas distales de miembros.
- ☐ B25. Traumatismos graves con fracturas centrales
- ☐ B26. Alcoholemia positiva
- ☐ B27. Condena por alcoholemias positivas reiteradas
- ☐ B28. Accidente de tráfico
- ☐ B29. Más de un accidente de tráfico
- ☐ B30. Retirada de carnet de conducir
- ☐ B31. Expediente en menores
- ☐ B32. Retirada de custodia de hijos
- ☐ B33. Orden de alejamiento
- ☐ B34. Condena por maltrato doméstico
- ☐ B35. Alguna baja laboral
- ☐ B36. Frecuentes bajas laborales
- ☐ B37. Absentismo esporádico sin baja laboral
- ☐ B38. Absentismo frecuente sin baja laboral
- ☐ B39. No renovación de contrato
- ☐ B40. Despido
- ☐ B41. Pensionista por invalidez relacionada con el alcohol
- ☐ B42. Peleas callejeras

#### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

B43. Sexo: ☐<sub>1</sub> Varón ☐<sub>2</sub> mujer

B44. Edad: ☐ ☐

B45. Estado civil: ☐<sub>1</sub> Soltero/a ☐<sub>2</sub> Casado/a ☐<sub>3</sub> Separado/a

☐<sub>4</sub> Divorciado/a ☐<sub>5</sub> Unión consensuada ☐<sub>6</sub> Viudo/a

B46. Profesión:

- ☐<sub>1</sub> Ama de casa
- ☐<sub>2</sub> Trabajador no cualificado
- ☐<sub>3</sub> Trabajador cualificado
- ☐<sub>4</sub> Estudiante
- ☐<sub>5</sub> Agricultor
- ☐<sub>6</sub> Marinero
- ☐<sub>7</sub> Técnicos y profesionales medios
- ☐<sub>8</sub> Técnicos y profesionales superiores



- ☐9 Pequeños propietarios
- ☐10 Directivos, altos funcionarios y grandes empresarios
- ☐11 Militares
- ☐12 Sin profesión definida

**B47. Situación laboral**

- ☐1 Nunca tuvo trabajo remunerado
- ☐2 No tiene trabajo remunerado
- ☐3 Trabajo fijo
- ☐4 Trabajo eventual
- ☐5 Parado remunerado
- ☐6 Parado sin remunerar
- ☐7 Pensionista
- ☐8 Jubilado
- ☐9 Otra situación

**B48. Estudios:**

- ☐1 Analfabeto
- ☐2 Lee y escribe
- ☐3 Educación primaria
- ☐4 Educación secundaria
- ☐5 Formación profesional
- ☐6 Estudios universitarios medios
- ☐7 Estudios universitarios superiores

B49. Número de hijos ☐

B50. Renta personal ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

B51. Renta familiar ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

**CALIDAD DE VIDA DEL FAMILIAR**

B.52 Tratamiento antidepresivo: Si ☐1 No ☐2

B.53 Tratamiento ansiolítico: Si ☐1 No ☐2

## ***Anexo 6. Descripción de las muestras del capítulo 5***

Durante el periodo de reclutamiento, que comenzó el 20 de enero de 2010, acudieron a consulta un total de 161 pacientes. Se excluyeron a 2 sujetos por estar intoxicados por consumo de alcohol, a 2 por patología psiquiátrica descompensada y a 6 por deterioro cognitivo que impedía o dificultaba de forma importante la comprensión del cuestionario. Solo un sujeto que cumplía los requisitos de inclusión rechazó participar en la entrevista. El reclutamiento finalizó al conseguir los 150 sujetos previstos. De estos 150 inicialmente seleccionados, finalmente se tuvieron que excluir a 5 porque no se pudo obtener de ellos su disposición a pagar (DAP). La muestra de pacientes con dependencia alcohólica que finalmente se utilizó para esta valoración fue de 145. Pero se debe tener en cuenta que para el estudio de calidad de vida del capítulo 2, se utilizaron los 150 sujetos inicialmente seleccionados, pues en todos ellos se utilizó el cuestionario SF-6D, herramienta utilizada en el mencionado capítulo. También en este anexo utilizamos la descripción de la muestra completa, para no perder observaciones.

Sólo en 65 casos logramos entrevistar a un familiar de paciente alcohólico comprometido con el tratamiento. Se produjo una única negativa a participar en este colectivo de familiares. En el resto de los casos no existía familiar o acompañante implicado en el proceso, lo que refleja la situación de deterioro social en que se encuentra una parte importante de estos pacientes. En cuatro casos no fue posible que el familiar diera una cantidad de dinero, por lo que la muestra final a analizar fue de 61.

### **Variables sociodemográficas**

La tabla A6.11 muestra las características de los 145 sujetos finalmente seleccionados y de los 61 familiares. Sus datos más relevantes ya están explicados en el texto del capítulo 5.

**Tabla A6.1. Descripción de las muestras de pacientes y familiares**

	<b>Pacientes (145)</b>	<b>Familiares (61)</b>
<b>Sexo (varones %)</b>	69.66	16.39
<b>Media edad (rango)</b>	48.03 (23-75)	47.72
<b>Estado civil (%)</b>		
Soltero/a	27.59	6.56
Casado/a	35.86	68.85
Separado/a	8.28	1.64
Divorciado/a	13.79	0
Unión consensuada	9.66	14.75
Viudo/a	4.83	8.20
<b>Profesión (%)</b>		
Ama de casa	7.59	19.67
Trabajador no cualificado	43.45	31.15
Trabajador cualificado	24.14	21.31
Agricultor	1.38	0
Marinero	4.83	1.64
Técnico medio	4.14	14.75
Técnico superior	5.52	1.64
Pequeño propietario	4.83	6.56
Sin profesión	4.14	1.64
<b>Situación laboral (%)</b>		
Nunca trabajó	3.45	6.56
No trabajo	4.14	14.75
Trabajo fijo	31.72	39.34
Trabajo eventual	8.28	9.84
Paro remunerado	22.07	14.75
Paro no remunerado	8.28	0
Pensionista	16.55	4.92
Jubilado	4.83	9.84
Otra situación	0.69	0
<b>Nivel de estudios</b>		
Analfabeto	2.07	0
Lee/escribe	8.28	11.48
Primarios	56.55	55.74
Secundarios	16.55	3.28
F. Profesional	8.97	13.11
Universitarios medios	2.76	6.56
Universitarios superiores	4.83	8.20
<b>Nº medio de hijos (rango)</b>	1,43 (rango 0-5)	1.84 (0-5)
<b>Media renta personal (rango)</b>	766.15 (0-3000)	846.97 (0-2100)
<b>Media renta familiar (rango)</b>	1301.03 (0-4100)	1864.02 (320-4300)
<b>Parentesco (% pareja)</b>		68.85
<b>Tratamiento antidepresivo (%)</b>		13.11
<b>Tratamiento ansiolítico (%)</b>		21.31

### **Variables de la historia alcoholológica**

La muestra de pacientes presenta una serie de variables que conforman la historia

alcohólica que podemos ver en la tabla A6.2 de este anexo. Como es una muestra de sujetos con dependencia alcohólica, cumplen, como mínimo, tres de los criterios diagnósticos que se incluyen en el DSM-IV-R, pero los porcentajes de cumplimiento son distintos. Desde el 100% de la muestra que cumple el criterio 7, hasta el 44.67 que cumple el criterio 2.

***Tabla A6.2. Variables alcohólicas de la muestra de pacientes (n=145)***

<b>Criterios DSM-IVR (%)</b>	
Tolerancia	91.33
Abstinencia	44.67
Gran cantidad/frecuencia	82.67
Deseo persistente	91.33
Mucho tiempo	58.67
Reducción actividades	61.33
Consumo a pesar de todo	100
<b>Motivación al inicio del tratamiento (%)</b>	
Pre-contemplación	7.59
Contemplación	32.41
Preparación	26.90
Acción	29.66
Mantenimiento	2.76
Recaída	0.69
<b>UBE/semana al inicio del tratamiento (rango)</b>	95.4 (0-420)
<b>Tipo de consumo (%)</b>	
Diario	86.11
Fin de semana	4.86
Esporádico masivo	9.03
<b>Media años de adicción (rango)</b>	15.86 (1-50)
<b>Consumo actual (%)</b>	
Abstinente	55.17
Con caídas	22.76
Recaída	6.21
Consumo menor	15.86

En cuanto al estadio de motivación para cambiar de conducta en el momento de iniciar tratamiento, la mayor parte de los sujetos están en una situación de contemplación (32.41%), de preparación (26.9%) o de acción (29.66%). El resto de situaciones son residuales: precontemplación (7.59%), mantenimiento (2.76%) y recaída (0.69%).

Con respecto al consumo en el momento de la entrevista, el 56% están abstinentes, el 22% tiene caídas, el 16% consume diariamente pero en menor cantidad que antes de ponerse en tratamiento y el 6% está en recaída. La media de años de dependencia es de 16 con un amplio rango que va desde 1 año hasta 50, lo que sin duda, se relaciona con el amplio rango de edad de la muestra. El consumo en el momento de iniciar tratamiento, medido en UBE/semana, es de 95.4 de media y 72 de mediana, con un rango entre 0 (no consumo) y 420. En cuanto a tipos de consumo, predomina claramente el consumo diario (86.11%), frente al de fin de semana (4.86%) y al esporádico masivo (9.03%).

### **Consecuencias del alcoholismo**

Las consecuencias o dimensiones de la dependencia alcohólica utilizadas en este estudio fueron seleccionadas por los autores en base a la literatura y la experiencia profesional.

#### *Variables genéricas o subjetivas*

Se decidió en primer lugar, preguntar directamente al entrevistado sobre si consideraba que su problema de alcoholismo había tenido o tenía en la actualidad consecuencias de tipo familiar, de salud, legal y/o laboral. Denominamos a estas dimensiones con el nombre de variables genéricas o subjetivas, pues con ellas se pretendía que el paciente aportara su percepción sobre las mismas. Para sus respuestas se le proporcionaba tres posibilidades: apenas le había provocado problemas, le había provocado algunos problemas o poco importantes, o le había provocado muchos problemas o

importantes. Esta misma pregunta se les hizo a los familiares incluidos en el estudio.

Los resultados los podemos observar en la tabla A6.3. Para este análisis concreto de las consecuencias de la dependencia alcohólica, utilizamos la muestra completa de 150 pacientes y 65 familiares, sin excluir a los que no dieron una respuesta sobre su disposición a pagar. Esto nos permitía tener más observaciones para un análisis comparativo de las respuestas que, sin embargo, no estaba afectado por la disposición a pagar. Interpretamos que las respuestas de los familiares eran más próximas a la realidad. Los familiares elevaron significativamente estos porcentajes, salvo en las consecuencias legales.

**Tabla A6.3. Análisis comparativo de las variables genéricas**

	Pacientes totales (150)	Pacientes sin familiar (85)	Pacientes con familiar (65)	Familiares (65)
<b>Consecuencias familiares</b>				
Apenas	18.67	17.65	20.00	10.77
Algunos problemas	36.00	37.65	33.85	29.23
Muchos problemas	45.33	44.71	46.15	60.00
<b>Consecuencias de salud</b>				
Apenas	31.33	31.76	30.77	20.00
Algunos problemas	40.67	41.18	40.00	46.15
Muchos problemas	28.00	27.06	29.23	33.85
<b>Consecuencias legales</b>				
Apenas	70.67	62.35	81.54	80.00
Algunos problemas	15.33	21.18	7.69	7.69
Muchos problemas	14.00	16.47	10.77	12.31
<b>Consecuencias laborales</b>				
Apenas	68.67	65.88	72.31	53.85
Algunos problemas	18.00	16.47	20.00	21.54
Muchos problemas	13.33	17.65	7.69	24.62

#### *Variables definitorias u objetivas*

En segundo lugar, se le preguntó sobre la presencia o no de 31 consecuencias más específicas, buscando una mayor objetividad. Estas variables que denominamos definitorias representan a consecuencias más específicas que, de algún modo, intentan

completar de una forma más objetiva el análisis de las dimensiones de la enfermedad alcohólica. Presentamos en la tabla 2 una comparación entre las respuestas dadas por los pacientes y por sus familiares.

**Tabla A6.4. Análisis descriptivo de las variables definitorias**

	<b>Pacientes totales (150)</b>	<b>Pacientes sin familiar (85)</b>	<b>Pacientes con familiar (65)</b>	<b>Familiares (65)</b>
Discusiones familiares no diarias	33.33	25.88	43.08	16.92
Discusiones familiares diarias	42.67	49.41	33.85	67.69
Maltrato verbal familia	53.33	52.94	53.85	66.15
Maltrato físico pareja	11.33	10.59	12.31	18.46
Enfrentamiento físico hijos	5.33	3.53	7.69	9.23
Nula relación hijos	5.33	5.88	4.62	3.08
Nula relación familia origen	6.67	9.41	3.08	6.15
Separación/divorcio	16.00	22.35	7.69	10.77
Deterioro renta familiar	43.33	44.71	41.54	43.08
Hepatopatía sin cirrosis	53.33	52.94	53.85	50.77
Cirrosis	9.33	5.88	13.85	9.23
Epigastralgia	35.33	38.82	30.77	32.31
Traumatismos leves/moderados	31.33	30.59	32.31	33.85
Traumatismos graves	5.33	5.88	4.62	6.15
Alcoholemia positiva	20.00	21.18	18.46	21.54
Condena por alcoholemia	11.33	14.12	7.69	3.08
Accidente de tráfico	12.00	10.59	13.85	6.15
Más de un accidente de tráfico	7.33	8.24	6.15	7.69
Retirada carnet de conducir	24.00	25.88	21.54	15.38
Expediente en Menores	2.68	4.71	0	1.54
Retirada de custodia hijos	2.67	4.71	0	1.54
Orden de alejamiento	2.67	4.71	0	0
Condena por maltrato doméstico	2.67	4.71	0	0
Alguna baja laboral	11.33	10.59	12.31	16.92
Frecuentes bajas laborales	7.33	8.24	6.15	15.38
Absentismo esporádico sin IT	12.67	7.06	20	9.23
Absentismo frecuente sin IT	20.00	25.88	12.31	16.92
No renovación de contrato	6.00	7.06	4.62	7.69
Despido	4.67	7.06	1.54	9.23
Invalidez	5.33	8.24	1.54	1.54
Peleas callejeras	15.33	17.65	12.31	12.31